

GE_GERICHTE ATAS/559/2019 vom 24. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_559_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/559/2019 du 24 juin 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/559/2019 del 24 giugno 2019

Erwägungen

E. 31

Par acte du 29 septembre 2014, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il soit dit et constaté qu'il avait toujours droit aux prestations légales et contractuelles d'assurance postérieurement au 31 décembre 2009, celles-ci portant intérêts à 5 % l'an à compter de la date d'exigibilité de chaque prestation, le tout avec suite de dépens. À l'appui de ses conclusions, il a fait valoir que les troubles dont il souffrait à la hanche droite à partir de janvier 2010 ainsi que l'incapacité de travail y relative étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 9 juillet 2009.

E. 32

Le 18 décembre 2014, l'assureur a conclu au rejet du recours sous suite de frais et dépens, motif pris que l'assuré n'apportait aucun indice susceptible de mettre en doute le rapport d'expertise du Dr I_____.

A/2944/2014 - 12/48 -

E. 33

Le 5 février 2015, l'assuré s'est référé à ses précédentes écritures pour les questions de causalité entre les manifestations de sa pathologie des fessiers et l'accident du 9 juillet 2009. Pour le surplus, il a soutenu que son cas devait être analysé sous l'angle des lésions corporelles assimilées à un accident. La liste de celles-ci, dressée par le législateur, mentionnait notamment les déchirures de tendons. En l'espèce, il était clairement établi qu'il avait souffert d'une déchirure des tendons des petit et moyen fessiers, diagnostiquée en janvier 2010, qui avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 15 août 2011. Les symptômes relatifs à ces lésions étaient apparus avec la chute du 9 juillet 2009. Étant donné que les Drs F_____ et I_____ étaient restés vagues quant aux causes possibles de ces lésions, force était de constater que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'était pas clairement établie. En conséquence, il n'était pas possible d'admettre, en l'état, que le statu quo ante ou sine fût déjà atteint. En outre, l'assuré a produit un récapitulatif de ses incapacités de travail « suite à l'intervention du 15 août 2011 pour réinsérer une déchirure traumatique tendineuse de la hanche droite ». À teneur de cette attestation que le Dr B_____ avait établie le 18 novembre 2014, l'incapacité de travail de l'assuré avait été complète du 15 août 2011 au 31 décembre 2011, avant de diminuer à 50 % du 1er janvier au 15 août 2012, respectivement à 25 % du 16 août au 31 décembre 2012. Le Dr B_____ y précisait également que ces appréciations avaient été définies « en tenant compte du type de travail (moniteur d'auto-école indépendant), des limitations fonctionnelles et des contraintes légales liées au handicap temporaire de l'opéré ».

E. 34

Le 30 mars 2015, l'assureur a indiqué que dans la mesure où l'assuré soutenait nouvellement que l'événement du 9 juillet 2009 devait être analysé sous l'angle de lésions assimilées à un accident, elle avait soumis l'intégralité du dossier à son médecin-conseil, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie. Invité par l'assureur à répondre à un questionnaire, celui-ci s'est déterminé le 24 mars 2015 de la manière suivante : - la déchirure des tendons des petit et moyen fessiers n'était pas, de manière hautement vraisemblable, due à un accident ; elle était due, au même degré de vraisemblance, à l'opération de mise en place d'une prothèse totale de la hanche. Cette constatation se basait sur l'expérience pratique de plusieurs années et sur les données ressortant de la littérature. Dans le cas concret, l'on n'était pas en présence d'une lésion assimilée à un accident. Il s'agissait uniquement de la conséquence d'un processus médical pour la pose d'une PTH, d'un risque inhérent à la méthode de pose choisie par le Dr B_____. - une désinsertion-réinsertion n'équivalait pas à une déchirure du tendon. Du point de vue du Dr J_____, une déchirure se caractérisait par sa survenance involontaire alors que la désinsertion-réinsertion était volontaire en ce sens qu'elle découlait de la pose de la PTH « par voie postérieure ».

A/2944/2014 - 13/48 - - la désinsertion du tendon et sa réinsertion ne pouvait en aucun cas être considérée comme une séquelle tardive de la chute du 9 juillet 2009. La désinsertion du tendon et sa réinsertion étaient dues uniquement à la mise en place de la PTH par voie postérieure.

E. 35

Par arrêt du 18 janvier 2016 (ATAS/20/2016), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision du 28 août 2014 et en tant que de besoin celle du 11 juin 2012 et renvoyé la cause à l'assureur pour calcul des prestations dues. Dans la mesure où ni les conclusions du Dr F_____, ni celles du Dr I_____ ne permettaient de considérer qu'il était manifeste, à la suite de l'accident du 9 juillet 2009, que les désinsertions tendineuses du moyen et du petit fessier de la hanche droite auraient été d'origine exclusivement dégénérative à compter du 1er janvier 2010, il incombait à l'assureur de couvrir les suites de l'événement du 9 juillet 2009 et donc de prendre en charge les indemnités journalières et frais médicaux y relatifs au-delà du 31 décembre 2009, intérêts moratoires compris. Cependant, étant donné que les pièces versées au dossier ne permettaient pas de savoir à quelle date les différentes prestations de soins liées à l'événement du 9 juillet 2009 avaient été facturées à l'assuré et/ou si elles avaient été prises en charge provisoirement par sa caisse-maladie, il revenait à l'assureur de faire la lumière à ce sujet dans le cadre du calcul du droit aux prestations dues à l'assuré.

E. 36

Le 11 février 2016, l'assureur a saisi la chambre de céans d'une demande d'interprétation de son arrêt du 18 janvier 2016. En tant qu'il y était mentionné, au consid. 13, que l'assureur devait à l'assuré un intérêt moratoire de 5 % l'an dès le 25 janvier 2012 sur l'ensemble des indemnités journalières dues entre le 25 janvier 2010 et le 24 janvier 2012, on se demandait s'il fallait comprendre que la chambre de céans estimait qu'il incombait à l'assureur de prendre en charge l'ensemble des indemnités journalières réclamées sur cette période. Si tel était effectivement le cas, cela donnait l'impression que l'assureur devait prêter pour les indemnités journalières et les frais médicaux discutés dans l'arrêt sans

devoir ni pouvoir déterminer préalablement la durée de cette obligation ainsi que le retour au statu quo sine. En effet, l'assureur ne connaissait pas l'incapacité de travail de l'assuré pour les années 2010 à 2012. Il ne savait pas non plus si cette incapacité de travail était attestée et due à l'événement du 9 juillet 2009 puisque les éléments médicaux relatifs aux éventuelles incapacités de travail et aux frais médicaux faisaient défaut.

E. 37

Par arrêt en interprétation ATAS/211/2016 du 14 mars 2016, la chambre de céans a admis partiellement la demande du 11 février 2016 et modifié en conséquence le dernier paragraphe du consid. 13 de l'arrêt ATAS/20/2016 comme suit : « [...] Les éléments au dossier ne permettent toutefois pas de connaître à quelle date les différentes prestations de soins liées à l'événement du 9 juillet 2009 ont été facturées au recourant et/ou si elles ont été prises en charge par cette caisse- maladie. Pour la période postérieure au 31 décembre 2012, des interrogations subsistent également sur le droit aux autres prestations assurées – survenance

A/2944/2014 - 14/48 - du statu quo sine. Aussi incombe-t-il à l'intimée de faire la lumière sur ces questions dans le cadre du calcul du droit aux prestations revenant au recourant, au besoin avec le concours de celui-ci (art. 28 al. 2 et 43 al. 3 LPGa) ».

E. 38

Le 22 février 2016, l'assureur a saisi le Tribunal fédéral d'un recours contre l'arrêt ATAS/20/2016 du 18 janvier 2016, concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit, premièrement, que l'assureur n'avait pas à verser des intérêts moratoires sur l'ensemble des indemnités journalières tant que le droit à ces dernières n'était pas établi et, deuxièmement, que l'assureur examinerait l'étendue du droit aux prestations en se basant, si nécessaire, sur des avis médicaux complémentaires avant de pouvoir procéder au calcul des prestations dues à l'assuré. Enfin, l'assureur a requis du Tribunal fédéral qu'il sursoie à statuer sur le recours du 22 février 2016 jusqu'à ce que la chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève ait statué sur la demande en interprétation du 11 février 2016.

E. 39

Le 26 avril 2016, l'assureur a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral contre l'arrêt en interprétation ATAS/211/2016 du 14 mars 2016.

E. 40

Par arrêt du 23 janvier 2017, le Tribunal fédéral a joint les causes 8C_148/2016 (recours contre l'arrêt du 18 janvier 2016) et 8C_281/2016 (recours contre l'arrêt en interprétation du 14 mars 2016), admis le recours en matière de droit public de l'assureur, annulé les arrêts des 18 janvier 2016 et 14 mars 2016 et renvoyé la cause à la chambre de céans pour complément d'instruction et nouveau jugement au sens des considérants. Après avoir constaté que l'assureur ne contestait pas le point de vue de la chambre de céans selon lequel le statu quo sine n'était pas atteint à la fin de l'année 2009 et qu'ainsi, l'existence d'un lien de causalité entre les troubles annoncés au mois de janvier 2010 et l'accident devait être admise, le Tribunal fédéral a considéré que les renseignements médicaux versés au dossier ne permettaient pas de statuer sur le maintien éventuel du droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents (remboursement des frais de traitement et indemnité journalière) jusqu'au 31 décembre 2012 pour les troubles annoncés au mois de janvier 2010. Aussi a-t-il renvoyé la cause à la chambre de céans pour nouveau jugement après instruction

complémentaire sur ce point.

E. 41

Le 14 février 2017, la chambre de céans a invité les parties à se déterminer par écrit au sujet des mesures d'instruction nécessaires, consécutivement à l'arrêt du Tribunal fédéral du 23 janvier 2018, ainsi qu'à produire d'ores et déjà toutes pièces utiles.

E. 42

Par pli du 14 mars 2017, l'assuré a indiqué que pour établir son droit à bénéficier des différentes prestations de l'assurance-accidents obligatoire pour les années 2010 et suivantes, il entendait compléter les pièces existantes notamment par : - un rapport médical intermédiaire du 6 septembre 2010 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), dans lequel le Dr B_____ indiquait

A/2944/2014 - 15/48 - que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis son précédent rapport à l'OAI, datant du 15 janvier 2010, avec un changement dans les diagnostics, à savoir la confirmation, au printemps 2010, d'une rupture tendineuse complète à la hanche droite. Cette aggravation était devenue manifeste « au tout début de l'année 2010 » avec une incapacité de travail de 75 % depuis le 23 février 2010. L'assuré continuait de souffrir d'une instabilité partielle du bassin sur rupture- désinsertion partielle du moyen fessier et désinsertion éventuellement complète du petit fessier. Une intervention chirurgicale était prévue mais pour l'instant, sa date n'avait pas été fixée en raison d'un litige avec l'assureur-accidents. Même si cette intervention était réalisée, et avec succès, il persisterait de manière définitive des séquelles en raison du début d'atrophie graisseuse des muscles concernés. Dans l'attente de cette intervention, la capacité de travail demeurait extrêmement restreinte, s'élevant à 25 % dans l'activité de moniteur d'auto-école, respectivement à 80 % dans une autre activité purement sédentaire. Une fois l'intervention réalisée, il fallait compter trois mois environ d'arrêt de travail à compter de celle-ci. Ensuite, une reprise progressive pourrait avoir lieu. - un courriel du 5 mars 2017 du Dr B_____ au conseil de l'assuré, indiquant qu'il avait toujours soutenu que la rupture tendineuse du moyen fessier – qui s'était produite lors d'une chute survenue plusieurs mois après la mise en place sans complication d'une prothèse de la hanche – constituait une authentique lésion accidentelle. En effet, les certificats délivrés initialement mentionnaient tous une incapacité de travail d'origine accidentelle. Par la suite, face au refus réitéré de l'assureur-accidents de prester, il avait été contraint de libeller autrement les certificats délivrés à l'assuré en indiquant que l'incapacité de travail était due à une maladie, de manière à permettre une prise en charge provisoire du cas par l'assurance-maladie de l'assuré. Sur le fond, ce changement d'ordre formel ne signifiait aucunement qu'il avait changé d'avis ; il persistait à affirmer que de son point de vue, les incapacités de travail que l'assuré avait connues après son accident du 9 juillet 2009 avaient pour origine unique et exclusive la chute avec rupture tendineuse qui s'était produite à cette date. - un courriel du 9 mars 2017 du Dr B_____ au conseil de l'assuré, mentionnant que la nouvelle intervention chirurgicale qu'il avait pratiquée le 15 août 2011 avait permis une sensible amélioration de la capacité de travail de l'assuré, probablement en raison du délai excessif entre l'accident et la réparation tendineuse. Pour les années 2013 et suivantes, la capacité de travail restait diminuée de 25 % pour les raisons suivantes : il avait constaté, lors des rendez- vous médicaux, une gêne de l'assuré à rester assis sur les chaises – pourtant adéquates – du bureau de son médecin et une boiterie lors de la marche dans les couloirs et sur le parking

adjacent. Cliniquement, lorsque l'assuré se tenait debout sur son seul pied droit (en soulevant le pied gauche du sol), le

A/2944/2014 - 16/48 - Dr B_____ notait toujours une légère bascule du bassin sur la gauche (signe de Trendelenburg) témoignant d'une fonction insuffisante des structures musculo- tendineuses reliant le bassin au grand trochanter fémoral, lieu d'attache de ces structures. En tant que moniteur de conduite indépendant, l'assuré devait constamment entrer et sortir de son véhicule, ce qui sollicitait fortement sa hanche droite (puisque'il occupait le siège passager) ; il ne pouvait rester plus de trente à quarante-cinq minutes dans son véhicule en raison de la configuration des sièges qui imposait de fléchir la hanche au-delà de 90°, ce qui mettait les tendons réparés douloureusement sous tension. De plus, en raison de l'accident du 9 juillet 2009, l'assuré avait dû totalement renoncer aux cours de moto-école, compte tenu de son incapacité à enfourcher, maintenir en équilibre et béquiller une moto. Selon la part que cette activité – devenue impossible – représentait pour le bilan de son entreprise, l'incapacité de gain était éventuellement supérieure à 25 %. - une décision du 7 novembre 2008 de l'OAI, octroyant rétroactivement à l'assuré un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1er décembre 2006. Sur la base de ces éléments, l'assuré a précisé que dans la mesure où il était au bénéfice, lors de l'accident du 9 juillet 2009, d'un trois-quarts de rente d'invalidité basé sur un taux d'incapacité de 75 % dans toutes activités depuis le 1er juillet 2006, il convenait de déterminer s'il pouvait prétendre, depuis la stabilisation de son état de santé, à une rente complémentaire de l'assurance-accidents ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en plus des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux. Pour permettre à la chambre de céans de statuer sur ces différentes questions, l'assuré demandait la mise en place d'une expertise médicale qui fût confiée à un « spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, spécialisé dans la hanche », les questions à poser à l'expert devant porter sur l'évolution de sa capacité de travail en lien avec l'accident à partir de 2010, la date de stabilisation de son état de santé, le taux d'invalidité médico-théorique à la date de stabilisation de l'état de santé ainsi que la répercussion des séquelles de l'accident sur son activité professionnelle.

E. 43

Par courrier du 30 mars 2017, l'assureur a invité la chambre de céans à mettre en œuvre une expertise afin de déterminer l'éventuel droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents (remboursement des frais de traitement et indemnités journalières) jusqu'au 31 décembre 2012 pour les troubles annoncés au mois de janvier 2010).

E. 44

Le 29 mai 2017, la chambre de céans a adressé aux parties un projet de mission d'expertise, ajoutant qu'elle entendait en confier la réalisation au docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Les parties étaient invitées à se déterminer sur le choix de l'expert et pour formuler d'éventuelles questions complémentaires à celles mentionnées dans ledit projet.

A/2944/2014 - 17/48 -

E. 45

Le 15 juin 2017, l'assureur a indiqué que s'il n'avait pas de modifications à soumettre à la chambre de céans au sujet des questions libellées dans la mission d'expertise, il n'en allait pas de même de la personne de l'expert proposé, celui-ci ne figurant pas sur la liste des

experts certifiés SIM (Swiss Insurance Medicine). Il proposait en revanche que la chambre de céans porte son choix sur le docteur L_____ ou le docteur M_____, tous deux experts certifiés SIM.

E. 46

Le 4 septembre 2017, l'assuré a émis des réserves au sujet du Dr L_____ et exprimé sa préférence en faveur du docteur N_____.

E. 47

Le 20 octobre 2017, le docteur O_____, qui s'était dit prêt à accepter une mission d'expertise, a fait savoir qu'il n'était pas en mesure de traiter le cas.

E. 48

Le 8 février 2018, le Dr L_____, expert désigné à la suite du désistement du Dr O_____, a emboité le pas à ce dernier, contraignant la chambre de céans à se mettre en quête d'un nouvel expert.

E. 49

Le 27 février 2018, la chambre de céans a rendu une ordonnance d'expertise et commis cette fin le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, expert certifié SIM.

E. 50

%

CHF 117.05

CHF 26'687.40 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 16 mai 2012 (terme moyen)

16/08/12 au 15/08/13

365

25 %

CHF 58.55

CHF 21'370.75 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 1er mars 2013 (terme moyen)

CHF 177'177.60

12. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'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'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; 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. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance- accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences

économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité,

A/2944/2014 - 43/48 - mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 p. 230 et les références). 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 (Jean-Maurice FRÉSARD, Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundes- verwaltungsrecht (SBVR), 3ème éd. 2016 n. 311). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 n° U 362 p. 41). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3; voir également Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit. n. 317). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 124 V 209 consid. 4a/bb ; ATF 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; 116 V 156 consid. 3a p. 157; RAMA 1998 no U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a).

A/2944/2014 - 44/48 - Selon la table 2 de la SUVA (révision 2000), traitant de l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, la perte fonctionnelle totale d'un membre inférieur conduit à une atteinte à l'intégrité de 50 %. Dans un premier temps, l'expert P_____ a considéré que dans le cas de l'assuré, la perte fonctionnelle était limitée à la marche en terrain inégal et à la position assise ou à la station debout prolongée. La perte fonctionnelle du membre inférieur droit étant de l'ordre de 5 % à 10 %, cela conduisait à une atteinte à l'intégrité de 5 % à 10 % de 50 %, soit de 2.5 % à 5 %. Par

complément d'expertise du 26 avril 2019, le Dr P_____ a fixé ce taux à 4 %. Dès lors que la gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales, une fourchette comprise entre 2.5 % et 5 % est problématique dans la mesure où cela revient à conférer au juge le soin d'évaluer lui-même ce taux à 5 %, et donc de décider du principe même de l'octroi d'une IPAI sur la base de critères médicaux qu'il n'a pas vocation à appliquer (dans le même sens : arrêt du Tribunal 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 6.3). Pour les mêmes raisons, on ne saurait suivre l'avis personnel de l'assuré en tant qu'il estime que la gêne ressentie mériterait que l'IPAI soit arrondie à 5 %, au motif qu'elle serait comparable aux gênes fonctionnelles des articulations ou à une arthrose moyenne. Par opposition, le complément d'expertise du 26 avril 2019 motive l'IPAI de 4 % sur la base de constatations médicales, soit en quantifiant la part assumée par un muscle moyen fessier valide dans la fonction musculaire du membre inférieur droit (8 %) et en évaluant à 50 % la diminution de la fonctionnalité de ce muscle, d'où une atteinte à l'intégrité s'élevant à 4 %. Dès lors que ce raisonnement apparaît limpide et bien motivé, et que le recourant ne fait pas valoir d'élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'expert, la chambre de céans s'en tiendra à la seconde appréciation de ce dernier, qui revient à dénier tout droit à une IPAI au recourant. 13. a. L'assuré conclut enfin à l'octroi d'une rente d'invalidité, à compter du 16 mars 2013, s'élevant à CHF 1'780.- par mois (CHF 106'800.- x 80 % x 25 % / 12 mois).

Selon la jurisprudence, la fin du droit aux prestations temporaires et la clôture du cas avec examen du droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sont des questions à ce point liées qu'il faut partir du principe qu'elles relèvent du même objet du litige. Lorsque le droit à la rente est litigieux, la décision de clore le cas ne peut pas entrer en force séparément puisque la naissance d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents dépend notamment de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré (cf. ATF 144 V 354 consid 4.2).

Lorsque – comme c'est le cas en l'espèce – l'assuré est assuré à titre facultatif (cf. art. 4 et 5 LAA), le gain assuré convenu par les parties (cf. art. 138 OLAA) ne peut pas servir de base pour la détermination du revenu hypothétique sans invalidité. Est déterminant le revenu que l'assuré aurait été en mesure de réaliser

A/2944/2014 - 45/48 - compte tenu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles. Lorsque le revenu hypothétique sans invalidité d'un indépendant est soumis à de fortes variations survenant à assez brève échéance, il convient de se référer au revenu moyen réalisé par celui-ci sur une période relativement longue et non sur le revenu réalisé immédiatement avant l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 78/01 du 18 septembre 2002 consid. 3.3; Marco CHEVALIER in: Marc HÜRZELER, Ueli KIESER (éd.), Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, p. 84 n. 28 ad art. 5 LAA). Pour déterminer le revenu sans invalidité provenant d'une activité indépendante, il convient en principe de se fonder sur le résultat d'exploitation, composé du produit de l'activité indépendante moins les charges (arrêt du Tribunal fédéral 9C_502/2014 du 5 septembre 2014). b. La chambre de céans constate qu'en l'espèce, le dossier ne comporte aucune information sur le résultat d'exploitation de l'auto-école de l'assuré. Il est vrai que dans sa décision d'octroi d'une rente d'invalidité du 7 novembre 2008 (pièce 83 assuré), l'OAI, jugeant le résultat d'exploitation de l'entreprise peu représentatif du revenu sans invalidité, n'avait pas tenu compte de ce résultat et préféré évaluer le taux d'invalidité de l'assuré selon la méthode extraordinaire, soit en déterminant les revenus avec et sans invalidité au moyen des salaires statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires

(ESS) et en procédant au surplus à une enquête sur l'activité indépendante. Quoiqu'il en soit, la chambre de céans ne saurait reprendre à son compte les résultats de cette enquête en y substituant, pour chaque champ d'activité (direction, entretien, cours de conduite, cours théoriques), le taux d'incapacité de travail de 25 % retenu par l'expert P_____ car il en résulterait une appréciation médico-théorique de l'incapacité de travail et de gain de l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1 et 4.2). Compte tenu de ce qui précède, la cause n'est pas en état d'être jugée s'agissant du droit de l'assuré à une rente d'invalidité ; une instruction complémentaire sur le résultat d'exploitation de l'auto-école s'avère nécessaire, ainsi qu'un raisonnement sur les motifs commandant éventuellement de s'en écarter, par exemple au profit de la méthode extraordinaire. Pour le surplus, contrairement à l'état de fait visé par l'ATF 144 V 354 précité, le droit à la rente n'a pas fait l'objet, en l'espèce, d'une décision à ce jour. Il ressort en effet de la décision attaquée que l'objet de la contestation est circonscrit à la fin des prestations temporaires (indemnités journalières et traitement médical). Ce dernier point étant désormais tranché, en ce sens que le cas est stabilisé au 15 août 2013 et qu'il incombe à l'assureur de prendre en charge les indemnités journalières et le traitement médical jusqu'à cette date dans la mesure fixée par les considérants qui précèdent, la cause sera renvoyée à l'assureur en vue de l'examen du droit de l'assuré à une rente d'invalidité à compter du 16 août 2013, tenant compte du taux d'incapacité de travail de 25 % dans l'activité habituelle de moniteur d'auto-école, celle-ci étant considérée, par l'expert,

A/2944/2014 - 46/48 - comme parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Dans ce cadre précis, l'assureur devra rendre une décision sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 28 août 2014 annulée et la cause renvoyée pour instruction au sens des considérants, et nouvelle décision. Dans son arrêt du ATAS/20/2016 du 18 janvier 2016, la chambre de céans avait alloué une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens. En annulant cet arrêt et en renvoyant la cause pour instruction à la chambre de céans, le Tribunal fédéral a également annulé celui-ci sur les dépens (cf. Bernard CORBOZ, in Commentaire de la LTF, 2ème éd. 2014, p. 590, n. 48 ad art. 68 de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110) L'assuré obtenant gain de cause et étant représenté, une indemnité de CHF 5'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, soit CHF 3'000.- pour l'activité déployée avant l'arrêt ATAS/20/2016 du 18 janvier 2016, compte tenu du nombre d'écritures ainsi que de la complexité de l'affaire et de la pertinence des écritures produites, puis CHF 2'000.- pour l'activité déployée après le renvoi de la cause par le Tribunal fédéral (art. 89H al. 3 LPA et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – RS E 5 10.03]) (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]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 15. Les frais de l'expertise judiciaire de CHF 14'700.- selon la facture du 10 novembre 2018 du Dr P_____, sont mis à la charge de l'assureur. Dans ses arrêts antérieurs (notamment ATF 127 V 196), le Tribunal fédéral a rappelé la règle de la gratuité de la procédure devant le tribunal cantonal des assurances et son exception – témérité ou légèreté d'une partie au procès – prévues par le droit fédéral (art. 61 let. a LPGA). Puis, à l'ATF 137 V 210, en jugeant que l'expertise judiciaire est la règle au lieu du renvoi à l'administration pour instruction complémentaire, il a précisé que les coûts de l'expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assureur social lorsque les mesures d'instruction sont indispensables pour l'appréciation du droit ou sont comprises dans les

prestations octroyées après coup au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA. (consid. 4.4.2).

En l'espèce, il s'est avéré indispensable de pouvoir se fonder sur le rapport d'expertise du Dr P_____ pour statuer sur la prise en charge, par l'assureur, des prestations temporaires dues après le 31 décembre 2009, ainsi que sur l'absence de droit à une IPAI. Par conséquent, les coûts de l'expertise ordonnée doivent être mis à la charge de l'assureur (cf. art. 45 al. 1 LPGA). *****

A/2944/2014 - 47/48 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant au fond : 1. Admet partiellement le recours au sens des considérants. 2. Annule la décision sur opposition du 28 août 2014. 3. Condamne Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA à payer à l'assuré : - CHF 129'119.45 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 1er janvier 2012 ; - CHF 26'687.40 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 16 mai 2012 ; - CHF 21'370.75 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 1er mars 2013. 4. Condamne Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA à rembourser à l'assuré, sous déduction des prestations déjà prises en charge par l'assurance-maladie de celui-ci, les frais médicaux liés à l'accident et encourus du 1er janvier 2010 au 15 août 2013, en particulier la part de ces frais (quote-part et franchise) assumée personnellement par l'assuré. 5. Renvoie la cause à Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA pour instruction au sens des considérants, et nouvelle décision. 6. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 14'700.- selon la facture du 10 novembre 2018 du Dr P_____, à la charge de Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA. 7. Condamne Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA à verser à l'assuré une indemnité de procédure de CHF 5'000.-, à titre de dépens. 8. Dit que la procédure est gratuite. 9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

A/2944/2014 - 48/48 -

La greffière

Florence SCHMUTZ

Le président

Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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