

## **GE\_GERICHTE ATAS/561/2008 vom 2. Mai 2008**

GE Cour de justice, 2008-05-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_561\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_561_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/561/2008 du 2 mai 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/561/2008 del 2 maggio 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA), le recours est recevable.

#### **E. 3**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 165 consid. 4b), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité (notamment) selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

#### **E. 4**

Le montant des indemnités journalières n'étant plus contesté, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur ce point. Le litige porte dès lors uniquement sur le droit du

A/548/2007 - 14/21 - recourant à une rente invalidité de l'assurance-accidents ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, singulièrement le taux de celles-ci, étant précisé que le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident incriminé du 4 août 2001 et les affections présentées par le recourant n'est pas litigieux. Il ne sera donc entré en matière sur ce dernier point que dans la seule mesure nécessaire.

#### **E. 5**

a) Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est

réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (art. 20 al. 1 LAA). Par ailleurs, si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée, qui correspond à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle (art. 20 al. 2 LAA). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). A cet égard, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). 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 Z\_\_\_\_\_, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc; ATF A non publié du 6 février 2002, U 241/00 consid. 2). Le revenu sans invalidité représente quant à lui le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. Il s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en

A/548/2007 - 15/21 - tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). c) Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). d) Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans

chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence, déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le Tribunal fédéral des assurances a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de

A/548/2007 - 16/21 - l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3). e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références). 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA,

in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

## E. 6

En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les conclusions de l'expertise rendue par les médecins du CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DE GENEVE pour établir la capacité de travail résiduelle du recourant qu'elle a fixée à 100 % dans une activité adaptée. Le recourant conteste cette appréciation, estimant qu'il ne lui est plus possible de faire valoir une quelconque capacité de travail sur le marché primaire du travail. Seule une capacité (restreinte) dans un milieu protégé pourrait lui être reconnue. Avec l'intimée, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 30 mars 2006 du CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DE

A/548/2007 - 17/21 - GENEVE. Celui-ci remplit en effet à l'évidence les critères jurisprudentiels ci-dessus mentionnés, quoi qu'en dise le recourant. En conséquence, le Tribunal de céans retiendra que le recourant est à même de mettre à profit une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans exigences intellectuelles et évitant les situations de stress (par exemple : suivre le rythme d'une machine ou d'une équipe ; plusieurs ordres en même temps à trier par lui-même), soit dans un milieu protégé, soit dans une activité simple dans le premier marché du travail, avec un bon encadrement hiérarchique pouvant gérer les difficultés de l'assuré, notamment les difficultés comportementales. Cela étant, à l'instar de ce qui a été confirmé non seulement par les actes d'instruction du dossier (auditions du neuropsychologue P\_\_\_\_\_ et du docteur N\_\_\_\_\_, entre autres), mais aussi par les rapports d'évaluation (notamment de stage auprès du CIP et des HUG ; cf. document 39 dossier OCAI), il apparaît que les nombreuses limitations du recourant l'empêchent d'intégrer, même à un taux d'activité réduit, le circuit économique ordinaire. L'activité adaptée telle que décrite par les experts du CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DE GENEVE n'existe manifestement pas dans un marché du travail équilibré. En effet, comme l'a indiqué le docteur N\_\_\_\_\_ en audience d'enquêtes, ladite activité a été retenue en fonction de la « responsabilité sociale » des employeurs à qui il incomberait de créer des postes de travail (appelés « niches » par le médecin) permettant l'emploi de personnes fortement limitées. Or, une telle circonstance ne saurait être prise en compte dans la description du marché équilibré du travail. Au contraire, et tel que cela résulte de la jurisprudence constante, il y a lieu de tenir compte, lors de l'examen de l'exigibilité d'une activité professionnelle par un assuré, de la question de savoir s'il peut être imposé à un employeur d'engager une personne présentant les limitations et/ou affections de la personne concernée (cf. à ce sujet ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; voir aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). En l'espèce, il ressort clairement de la description même de l'activité adaptée que font les médecins du CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DE GENEVE que celle-ci, si elle est exigible de l'intéressé, n'est pas imposable à un quelconque employeur. La nécessité d'une surveillance quasi-constante de l'intéressé, la décomposition des consignes, l'absence d'exigence de rendement ou de suivi de rythme ne sont en adéquation qu'avec une activité de type protégé, ce que les experts admettent d'emblée en considérant l'activité exercée à FOYER Z\_\_\_\_\_ comme étant en adéquation avec les possibilités du recourant (cf. aussi, à ce propos, les commentaires, respectivement conclusions des maîtres de stage du Centre d'intégration professionnel, ainsi que de la responsable du stage en milieu hospitalier ; document 39, p. 8, 11, 13, 14, 15, 16, 18 et 19, dossier OCAI). Il suit de ce qui précède que seule une activité en milieu protégé entre en considération, à plein temps (les motivations

ayant conduit l'intéressé à renoncer à son occupation auprès de Z\_\_\_\_\_ ne relevant pas de causes médicales dont il y

A/548/2007 - 18/21 - a lieu de tenir compte), et ce en raison des suites exclusives de l'accident d'août 2001. Le recourant présente certes des limitations fonctionnelles supplémentaires liées à des lombalgies, mais il n'a pas été démontré, bien au contraire, que ces dernières seraient en relation de causalité avec l'accident. Peu importe, car lesdites limitations sont somme toute insignifiantes en regard de celles engendrées par les troubles neuropsychologiques. Au demeurant, les maîtres de stage qui ont procédé à l'évaluation concrète de la capacité de travail de l'intéressé sur le marché du travail ne les ont même pas mentionnées. Une autre interprétation ne saurait se justifier eu égard au principe d'équivalence des notions d'invalidité dans les assurances invalidité, accidents et militaire, étant en particulier relevé que l'évaluation à laquelle se sont livrés les organes de l'assurance-invalidité, relativement à la capacité de travail du recourant, procède d'une appréciation tout à fait correcte et convaincante (par ailleurs en adéquation avec les conclusions médicales des experts du CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DE GENEVE). Reste donc à déterminer le taux d'invalidité du recourant.

#### **E. 7**

a) Eu égard à ce qui a été développé supra, le revenu avec invalidité sera celui d'une personne engagée dans le milieu protégé à raison d'une occupation à temps plein. Au moment déterminant pour le calcul du droit à la rente (août 2006), le recourant n'avait aucune activité rémunérée. Aussi le Tribunal de céans s'en tiendra au revenu qu'il réalisait auprès de la Z\_\_\_\_\_. Pour une activité exercée à hauteur de 80 % (voir entre autres audition de I\_\_\_\_\_), l'intéressé percevait 168 fr. par mois. Rapporté à un taux d'activité entier, le salaire à prendre en considération est donc de 210 fr. par mois. b) Quant au revenu sans invalidité, il y a lieu de faire application de l'art. 28 al. 1 OLAA, qui stipule que « si une invalidité consécutive à un accident couvert par l'assurance a empêché l'assuré soit d'entreprendre une formation professionnelle dont il prouve qu'elle était envisagée et conforme à ses aptitudes, soit d'achever une formation en cours, le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité est celui que l'assuré aurait pu réaliser dans la profession considérée s'il n'était pas invalide ». Il convient donc de répondre à la question de savoir si le recourant a prouvé que l'accident l'a empêché d'entreprendre une formation professionnelle (en l'occurrence une formation en qualité de vendeur) et que cette dernière était conforme à ses aptitudes. Il ressort du dossier, ce qui n'est au demeurant pas contesté, que l'intéressé a entamé une formation de menuisier en août 1999, à laquelle un terme a été mis en novembre de la même année. Au mois d'août de l'année suivante, il a débuté un nouvel apprentissage de vendeur auprès de Y\_\_\_\_\_, qui a été résilié avec effet

A/548/2007 - 19/21 - au 15 novembre 2000 pour des motifs quelque peu obscurs (mécontentement relative à l'horaire [cf. note d'entretien], mécontentement de l'employeur [cf. rapport du Centre d'intégration professionnel] ou envie d'avoir des contacts avec la clientèle [cf. note d'entretien et écritures du recourant durant la présente procédure]). Enfin, après s'être octroyé une pause pendant les fêtes de fin d'année, le recourant s'est mis en quête d'une place d'apprentissage et a conclu un contrat avec X\_\_\_\_\_. Il y a travaillé à compter du 1er février 2001 et le contrat a été résilié en raison des mauvais résultats scolaires (non-promotion en deuxième année) le 21 juillet 2001 initialement pour le 31 août 2001, puis pour le 31 juillet 2001 (cf. modification manuscrite sur le formulaire de résiliation du contrat d'apprentissage) à la demande de l'intéressé, afin de lui permettre

d'effectuer des recherches en vue de retrouver une nouvelle place d'apprentissage, selon ses dires. Or, si l'on ne saurait reprocher à un jeune homme débutant sa formation de chercher sa voie, comme le fait remarquer le recourant lui-même, il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas établi que celui-ci aurait entrepris une nouvelle formation. On retiendra à cet égard en particulier que s'il a demandé à être libéré de son contrat d'apprentissage plus rapidement, il n'a pas pour autant effectué une quelconque démarche en vue de trouver un nouveau maître d'apprentissage depuis que son contrat a été résilié. Par ailleurs, on peut raisonnablement douter des chances de succès des démarches de l'intéressé, étant donné son parcours chaotique, même s'il est partiellement compréhensible. En outre, il ressort du rapport d'expertise médicale du 30 mars 2006 que non seulement la motivation pour suivre une formation faisait défaut avant l'accident, mais que de surcroît, il apparaît probable que le recourant souffrait déjà d'un quotient intellectuel assez faible avant que celui-ci ne soit détérioré gravement par les suites de l'accident. Or, l'intéressé n'a pas jugé utile de produire d'autres pièces que son dossier médical auprès de son médecin traitant, qui ne fait qu'attester qu'il ne présentait pas de contre-indication médicale au suivi d'une formation pour l'obtention d'un CFC (les notes du médecin ne font état que de considérations d'ordre physique). En particulier, et alors que ses performances scolaires ont été mises en doute par l'assureur, il n'a pas produit ses bulletins scolaires et ce, quand bien même il ressort du rapport de stage au Centre d'intégration professionnelle qu'il n'était pas promu à la fin de sa scolarité obligatoire. Dans ces circonstances, le Tribunal de céans ne peut retenir que le recourant entendait entreprendre une formation ; par ailleurs, il est fort douteux qu'il ait eu les compétences pour mener à bien cette dernière. En tous les cas, ces deux conditions, cumulatives, n'apparaissent pas comme les hypothèses les plus vraisemblables. Or, si, comme en l'occurrence, un fait n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, mais qu'il apparaît seulement comme une hypothèse possible, l'administration ou le juge, dans le domaine du droit des assurances sociales, n'a pas à statuer en faveur de l'assuré qui entend déduire un droit de l'existence du fait allégué (ATF 126 V 319 consid. 5a p. 322). Le juge n'est pas non plus tenu d'administrer d'autres preuves lorsque, se fondant sur une appréciation

A/548/2007 - 20/21 - consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, il est convaincu que les faits allégués par la partie qui entend en déduire un droit n'apparaissent pas comme les plus vraisemblables (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, no 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème éd., p. 39, no 111 et p. 117, no 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 464 consid. 4a p. 469, 122 III 219 consid. 3c p. 223, 120 Ib 224 consid. 2b p. 229, 119 V 335 consid. 3c p. 344 et la référence). L'instruction n'a donc pas à être complétée sur le point en question. En conclusion, le revenu sans invalidité sera celui d'une personne exerçant à plein temps dans le domaine de la vente, sans formation (le Tribunal retient le domaine considéré eu égard au parcours professionnel de l'intéressé et des aspirations alléguées). Conformément à la jurisprudence, en l'absence d'un revenu stable avant la survenance du fait dommageable, il y a lieu de se reporter aux salaires statistiques. Selon l'ESS 2006, le revenu auquel pouvait prétendre un homme, sans qualification (niveau 4), dans le domaine du commerce de détail (TA1, ligne 52) se montait à 4'383 fr. par mois pour un horaire de 40 heures. Après actualisation à l'horaire de travail usuel dans les entreprises (41.7 heures), le salaire à prendre en considération est de 4'569 fr. 25. d) Il découle de la comparaison des montants ci-dessus déterminés un taux d'invalidité

de 95 %, ouvrant le droit à la rente maximale d'invalidité de l'assurance-accidents. Le recourant ayant été mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité, l'intimée devra donc recalculer le droit aux prestations sur la base de l'art. 20 al. 2 LAA.

#### **E. 8**

Dans la mesure où la conclusion du recourant relative à l'octroi d'une rente d'invalidité entière de l'assurance-accidents est adjugée et qu'il a expressément renoncé à contester le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en pareilles circonstances, la Juridiction de céans n'a pas de motif d'examiner le bien-fondé de celui-ci. Quoiqu'il en soit, on ne voit pas en quoi la décision de l'intimée prêterait le flanc à la critique sur ce point précis.

#### **E. 9**

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens, fixée en l'espèce à 3'000 fr. au vu de l'ensemble des circonstances.

A/548/2007 - 21/21 -

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