

GE_GERICHTE ATAS/693/2010 vom 23. Juni 2010

GE Cour de justice, 2010-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_693_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/693/2010 du 23 juin 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/693/2010 del 23 giugno 2010

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) qui sont 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

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 4

La question qui se pose est de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité pour la période postérieure au 31 décembre 2004, étant précisé qu'elle ne conteste pas le degré de 15% de l'atteinte à l'intégrité reconnu par l'intimé dans la décision litigieuse.

E. 5

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

A/3196/2008 - 16/27 - Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas

survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en

A/3196/2008 - 17/27 - considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 222/04 du 30 novembre 2004 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/04 du 14 octobre 2004 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 159/04 du 4 octobre 2004).

E. 6

a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

A/3196/2008 - 18/27 - c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 7

En l'occurrence, la recourante est d'avis que la fracture du mur antérieur D12, les cervico-brachialgies droites et les troubles psychiques sont dus à l'accident. Pour sa part, l'intimée soutient que seule la fracture du mur antérieur D12 est due à l'accident. Il résulte des pièces versées au dossier que suite à l'accident de circulation survenu le 4 juin 2001, la recourante a souffert d'une fracture du plateau supérieur marginal antérieur de D12 (rapport du 25 mars 2002 du Dr A_____). Un traitement conservateur a été prodigué, soit le port d'un corset pendant trois mois et des séances de physiothérapie. Deux ans après l'accident, la recourante présentait encore une fracture-tassement du mur antérieur D12 avec hypercyphose dorsale résiduelle (rapport d'expertise du 5 juin 2003 du Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique). Compte tenu de la persistance des douleurs et de l'incapacité de travail de la recourante, le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a été mandaté d'un commun accord entre les parties. Dans son rapport du 20 décembre 2005, l'expert a diagnostiqué une fracture du mur antérieur de D12 avec une cyphose locale stabilisée à 15°, des cervico-brachialgies droites, une méniscope asymptomatique du genou droit et des troubles de l'humeur. Il a considéré que s'agissant de la fracture du mur antérieur, la causalité avec l'accident assuré était certaine, alors qu'elle était possible pour les cervico-brachialgies droites et les troubles de l'humeur. Enfin, s'agissant du genou droit, la causalité n'existait pas.

A/3196/2008 - 19/27 - Le Tribunal de céans constate que le rapport du Dr F_____ se fonde sur un examen médical complet de la recourante et prend en considération les plaintes exprimées par celle-ci. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse ainsi que du dossier radiologique et médical. La description du contexte et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires. Enfin, les conclusions sont dûment motivées. Il convient d'examiner s'il existe des motifs justifiant de s'écarter de l'appréciation de l'expert quant au lien de causalité entre les diagnostics posés et l'événement du 4 juin 2001. Selon la recourante, contrairement à ce qu'a retenu l'expert, les cervico-brachialgies seraient en lien de causalité avec l'accident. Elle fait valoir qu'elle a été victime d'un coup du lapin. On relèvera d'ores et déjà qu'aucun médecin consulté n'a admis un lien de causalité entre l'accident et les cervico-brachialgies dont se plaint la recourante depuis mai 2004 (rapport du 11 mai 2004 du Dr A_____), soit trois ans après l'accident. Le Tribunal de céans constate en outre que les rapports médicaux établis dans les jours et les mois qui ont suivi l'accident, ne font nullement état des symptômes relevant du tableau clinique type des traumatismes consécutifs à un coups du lapin, tels que céphalées, migraines, paresthésies, troubles de la concentration, de la mémoire, de la vue, de l'ouïe, de l'équilibre, etc. (voir ATF 117 V 359). Quant aux indications fournies par la recourante aux experts s'agissant de l'apparition des cervicalgies, celles-ci ne concordent pas. En effet, la recourante a indiqué au Dr B_____ que lors du port du corset, des douleurs cervicales étaient apparues et avaient disparu un mois après l'arrêt du corset (rapport du 5 juin 2003 du Dr B_____). Elle a par contre indiqué au Dr F_____ qu'à la sortie de l'hôpital, elle avait présenté un torticolis et avait dû porter une minerve pendant deux mois. Quoiqu'il en soit, les seules douleurs à la tête et à la nuque ne suffisent pas pour retenir un traumatisme cervical de type coup du lapin (ATFA non publiés du 4 mars 2003, cause U 204/2003 et du 8 juin 2006, cause U 147/2005). La recourante fait également valoir que les troubles psychiques sont dus à l'accident. En l'occurrence, le Dr G_____, expert spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué, dans son rapport du 26 mars 2007, un trouble panique et un épisode dépressif léger. Il n'a cependant pas examiné la question du lien de causalité entre ces troubles et l'accident assuré. Le Dr F_____ est, quant à lui,

d'avis que la causalité est seulement possible. Son appréciation ne saurait cependant, sans autre, être retenue étant donné que la psychiatrie ne relève pas de sa spécialisation. Il n'est toutefois pas nécessaire de trancher ce point, car à supposer qu'il existe des troubles

A/3196/2008 - 20/27 - psychiques en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré, leur caractère adéquat fait de toute façon défaut pour les motifs suivants. La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2) : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité ou la nature particulière des lésions, la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds, les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours, les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes, et enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références, 115 V 133 consid. 6c/aa). En l'occurrence, force est de constater que l'on n'est pas, d'un point de vue objectif, en présence d'un accident grave au sens de la jurisprudence précitée. Il y a en outre lieu de nier l'existence de circonstances particulièrement dramatiques et le caractère particulièrement impressionnant de l'accident du 4 juin 2001. La déclaration d'accident révèle que la voiture dans laquelle la recourante était passagère arrière était arrêtée à un feu rouge, lorsqu'une voiture l'a percutée par l'arrière. Le fait que la recourante a dû être désincarcérée ne suffit pas à conférer à l'accident un caractère particulièrement impressionnant, ce d'autant moins que les autres passagers du véhicule en sont sortis indemnes. Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il n'est pas réalisé

A/3196/2008 - 21/27 - dès lors qu'après une convalescence de six mois, la recourante a repris le travail à temps partiel. Enfin, le traitement n'a pas été anormalement long et la recourante n'a subi aucune complication importante. Ces éléments laissent peu de place pour reconnaître un caractère adéquat au rapport de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail découlant des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr G_____ . Compte

tenu de ce qui précède, seule la fracture du plateau supérieur marginal antérieur de D12 est en relation de causalité avec l'accident. S'agissant des répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante, le Dr F _____ a retenu, dans son rapport du 23 octobre 2009, qu'en raison des limitations fonctionnelles qu'elle présente, elle ne peut plus exercer l'activité accessoire de nettoyeuse de bureau. S'agissant de l'activité principale de femme de chambre, il a estimé qu'elle pouvait être exercée à plein temps avec une diminution de rendement de 50%. Interrogé par le Tribunal de céans sur l'aptitude de la recourante à exercer une activité sédentaire, l'expert a expliqué que l'on pouvait exiger de celle-ci une pleine capacité avec une diminution de rendement de l'ordre de 25 à 50% en fonction des activités annexes qu'impliquaient les professions sédentaires et qui ne tenaient pas forcément compte des restrictions fonctionnelles (flexion du tronc en avant, le port de charges supérieures à 20 kg et le déplacement en terrain accidenté). La recourante est d'avis que son activité principale auprès de Y _____ en tant que femme de chambre est la plus adaptée à son état de santé. Il résulte néanmoins des rapports établis par le médecin traitant que le travail exercé auprès de cet employeur est physiquement difficile et que la capacité de travail dans une telle activité est probablement compromise à moyen terme. Il pense que cette activité peut avoir une influence négative sur les douleurs dorsales, notamment en se baissant fréquemment et en levant les charges (rapports des 30 mars et 31 août 2004 du Dr A _____). Le 21 janvier 2005, ce médecin a encore précisé que les dorsalgies sont notamment incompatibles avec un travail debout. Or, force est de relever que l'activité de femme de chambre implique une telle position. Enfin, si le médecin traitant ne s'est pas prononcé sur le taux de capacité résiduelle dans une activité adaptée, il n'en demeure pas moins qu'il considère évident qu'un travail sédentaire de type administratif peut être accompli par la recourante (rapport du 17 janvier 2005). La recourante soutient également, en se référant à l'avis du Dr G _____, que l'adaptation à une nouvelle activité professionnelle risque fort de conduire à une péjoration de ses troubles psychiques. Il y a cependant lieu de relever que ces troubles n'étant pas en lien de causalité avec l'accident, leur aggravation éventuelle ne saurait en l'occurrence est prise en compte.

A/3196/2008 - 22/27 - Par conséquent, au vu de la fourchette de 25% à 50% à l'intérieur de laquelle se situe la diminution de rendement pour une pleine capacité dans une activité sédentaire (rapport du 23 octobre 2009 du Dr F _____), il y a lieu de retenir la valeur médiane (cf. ATFA non publié du 21 avril 2005, I 822/04), soit 37,5% de diminution de rendement, ce qui correspond à une capacité résiduelle de travail de 62,5%. Il reste encore à examiner si l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimée est conforme aux règles légales applicables ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière, étant précisé que l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité, même si elle est entrée en force (ATF 131 V 362 consid. 2.2; VSI 2004 p. 188 consid. 5; ATFA non publié du 30 août 2005, U 323/04, consid. 4.1).

E. 8

a) Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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 et 18 LAA). b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au

moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Contrairement à ce qui prévaut en assurance-invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Autrement dit, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement. L'on prendra en considération un revenu hypothétique, fondé sur une estimation, qui tient compte des aptitudes de l'intéressé et de sa situation personnelle; l'on pourra se fonder sur le salaire réalisé par une personne valide de même âge et de même formation, dans des conditions de lieu analogues; les salaires moyens de la branche peuvent également servir de référence (ATF 119 V 475 consid. 2b). c) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un

A/3196/2008 - 23/27 - éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, no 77). Si l'assuré ne réalise aucun revenu réel parce qu'il n'a plus repris d'activité depuis son invalidité ou du moins n'exerce pas l'activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (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 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). La déduction de 25 % n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. 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'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, est déterminant, lors de la comparaison des revenus, le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a; cf. aussi ATF 129 V 222).

E. 9

En l'espèce, il y a lieu de procéder à la comparaison des revenus en se référant à l'an 2005, le droit éventuel à une rente s'ouvrant à ce moment-là. Selon les renseignements fournis par les employeurs et versés à la procédure le 10 mars 2010, la recourante pourrait réaliser, sans atteinte à la santé, un revenu annuel de 46'087 fr. (12 x 3'840 fr. 60 pour l'activité principale en 2002) et de 9'491 fr. (16

A/3196/2008 - 24/27 - fr. 85 x 10 x 52 + 8.33% pour l'activité accessoire en 2003). Compte tenu de l'augmentation des salaires nominaux (indice 2005 : 2386, indice 2003 : 2334, indice 2002: 2296 ; Evolution des salaires 2007, p. 23, tableau T1.39), le revenu annuel en 2005 était de 47'825 fr. (dans l'activité principale) et de 9'697 fr. (dans l'activité accessoire), soit un revenu total sans invalidité de 57'522 fr. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (RAMA 2001 n° U 439 p. 347), à savoir 3'893 fr. par mois (tous secteurs confondus) - valeur en 2004 - part au 13ème salaire comprise (L'enquête suisse sur la structure des salaires 2004, Tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 46'716 fr. par année. Ce salaire hypothétique représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41.6 heures; La Vie économique, 1/2 -2006, tableau B9.2) un revenu annuel de 48'584 fr. (46'716 fr. x 41.6 : 40), soit 30'365 fr. pour un taux d'occupation de 62.5%. Compte tenu de l'augmentation des salaires nominaux (+ 1.1% de 2004 à 2005), le revenu d'invalidité doit être arrêté en 2005 à 30'699 fr. A ce montant, il convient, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. A cet égard, le Tribunal de céans constate que l'intimée n'a effectué aucun abattement sur le salaire statistique qu'il a pris en compte, et ce sans en expliquer les raisons. Or, si la jurisprudence impose que la déduction opérée par l'administration soit brièvement motivée (art. 29 al. 2 Cst; ATF 126 V 75 consid. 5b/dd p. 80), tel devrait être également le cas, a fortiori, lorsqu'aucune réduction n'est opérée. Il convient dès lors d'examiner, dans le cas concret, quel taux de réduction doit être appliqué. S'agissant de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, le Tribunal de céans constate qu'elle est au bénéfice d'un permis d'établissement, qu'elle est âgée de 54 ans au moment de la décision sur opposition et a été employée de longue date auprès de ses employeurs. Elle peut par ailleurs exercer une activité légère à plein temps avec un taux de rendement réduit. Ainsi, les critères de limitations liés aux années de service et à l'activité légère seule possible sont remplis, de sorte qu'une déduction de 10% au plus, apparaît justifiée. Compte tenu d'un tel abattement, le revenu annuel d'invalidité évalué sur la base des statistiques salariales est ainsi de 27'629 fr. (valeur 2005).

A/3196/2008 - 25/27 - La comparaison des revenus ((57'522 - 27'629) x 100 : 57'522) aboutit à un degré d'invalidité de 51,9%, taux qui confère à la recourante le droit à une rente d'invalidité de la part de l'intimée dès le 1er janvier 2005.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée dans la mesure où elle nie le droit à une rente et confirmée pour le surplus. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 3'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H LPA). Pour le surplus, la

procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3196/2008 - 26/27 -

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