

# **GE\_GERICHTE ATAS/701/2021 vom 29. Juni 2021**

GE Cour de justice, 2021-06-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_701\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_701_2021)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/701/2021 du 29 juin 2021

IT: GE\_GERICHTE ATAS/701/2021 del 29 giugno 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

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

### **E. 3**

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dès lors que le présent recours était, au 1er janvier 2021, pendant auprès de la chambre de céans, il reste régi par l'ancien droit (droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

### **E. 4**

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les accidents sont survenus avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

### **E. 5**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable en vertu des art. 38 al. 3 ainsi que 56 ss LPGA.

### **E. 6**

a. Les prestations que l'assureur-accidents doit, cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

A/4544/2019 - 18/31 - Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'art. 19 LAA dispose que 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 (al. 1). Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2). b. L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi, du point de vue temporel, le droit aux prestations temporaires que sont les indemnités journalières et la prise en charge du traitement d'une part, et le droit à la rente – et à l'IPAI (art. 24 al. 2 LAA) – d'autre part (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_320/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et 8C\_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1.2), la suspension des prestations provisoires (indemnités journalières et prise en charge du traitement) et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente et à l'IPAI étant des questions si étroitement liées entre elles qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2).

#### **E. 7**

Il convient, au préalable, de déterminer l'objet du litige. a. Par courrier du 19 février 2009, l'intimée a communiqué au recourant la fin du versement des indemnités journalières à compter du 1er mars 2009, au motif qu'il avait recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle, ce que le recourant a par ailleurs admis par courrier du 6 juin 2009, tout comme ses médecins (rapports des 2 et 29 juin 2009 du Dr E\_\_\_\_\_ et rapport du 6 juillet 2009 du Dr F\_\_\_\_\_). Par courrier du 26 août 2009, le recourant a toutefois annoncé une aggravation de son état de santé entraînant une nouvelle incapacité de travail totale à compter du 4 juin 2009, pour laquelle il sollicitait la reprise du versement des indemnités journalières, ce que l'assureur a refusé par décision du 13 janvier 2011, au motif que l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail dans son activité habituelle. Suite à l'opposition du recourant et après avoir mis en œuvre une évaluation fonctionnelle auprès de la CRR, l'intimée a, par décision sur opposition du 3 juillet 2013, confirmé la fin du versement des indemnités journalières au 28 février 2009 vu la capacité de travail entière du recourant dans son activité de chef de projet informatique et le fait que sa situation médicale était stabilisée dès janvier 2009, et a annoncé une instruction concernant un éventuel droit à une rente. Dans la décision du 20 mai 2014 qui s'en est suivi, l'intimée s'est non seulement prononcée sur le droit du recourant à une rente, qu'elle a nié, mais également sur l'octroi d'une IPAI et sur la fin du remboursement des frais médicaux au 31 décembre 2012.

A/4544/2019 - 19/31 - Or, par opposition du 23 juin 2014, le recourant a uniquement contesté cette décision sous l'angle de la rente d'invalidité et de l'IPAI. C'est donc à bon droit que l'intimée n'a pas réexaminé la fin de la prise en charge des frais de traitement au 31 décembre 2012 dans sa décision sur opposition du 5 novembre 2019 litigieuse. Il est dès lors douteux que le droit du recourant à la prise en charge des frais de traitement à compter du 1er janvier 2013 puisse être examiné dans le cadre de la présente procédure de recours. Quoiqu'il en soit, à la suite de la décision sur opposition du 3 juillet 2013, l'intéressé n'a pas contesté qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une

sensible amélioration de son état au sens de l'art. 19 al. 1 in initio LAA, ni que son éventuel droit à une rente avait pris naissance le 1er mars 2009, en application du même alinéa. Or, conformément à l'art. 19 al. 1 in fine LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente, et on ne se trouve pas dans une des circonstances prévues par l'art. 21 LAA pour un éventuel « traitement médical après la fixation de la rente ». Partant, la conclusion du recourant concernant les frais de traitement doit être déclarée irrecevable. b. Par ailleurs, le recourant ne conteste pas l'octroi d'une IPAI de 30 %, de sorte que seul demeure litigieux son éventuel droit à une rente d'invalidité à compter du 1er mars 2009. c. Il est enfin rappelé que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

## **E. 8**

a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si ladite loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois 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 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

A/4544/2019 - 20/31 - Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). b. En vertu de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), 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 LAA (lequel porte sur le « traitement médical après la fixation de la rente »). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par

définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4). c. Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

A/4544/2019 - 21/31 - En vertu de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'incapacité de travail (art. 6 LPGA) est étroitement liée aux notions d'incapacité de gain (art. 7 LPGA) et d'invalidité (art. 8 LPGA), dont elle représente en quelque sorte le point de départ, mais doit cependant en être distinguée. Elle correspond à la perte effective et immédiate de la capacité d'accomplir son travail (lucratif) habituel en raison d'une atteinte à la santé et donne droit à des prestations en espèces à court terme et de nature temporaire, sous forme d'indemnités journalières ; l'incapacité de gain correspond à une incapacité durable de réaliser un revenu sur un marché du travail équilibré, qui donne lieu, si elle est présumée permanente ou de longue durée – et est alors qualifiée d'invalidité – à des prestations de longue durée (rentes) des assurances sociales (Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, n. 4 ad art. 6 LPGA). L'incapacité de travail est un élément nécessaire de l'incapacité de gain et, finalement, de l'invalidité (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 48 ad art. 6 LPGA). L'incapacité de gain représente quant à elle l'élément constitutif déterminant de l'invalidité (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 4 ad art. 7 LPGA). Il y a enfin lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). d. Aux termes de l'art. 16 LPGA, 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.

## **E. 9**

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de

faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), 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

A/4544/2019 - 22/31 - jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

A/4544/2019 - 23/31 - e. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). f. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). h. Au surplus, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves

A/4544/2019 - 24/31 - (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). i. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant,

retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 10**

a. En l'espèce, il ressort du dossier que, pour la période du 1er mars au 3 juin 2009, l'assuré a estimé que l'état de ses membres inférieurs, en particulier ses genoux, s'était amélioré au point qu'il puisse avoir recouvré une capacité de travail entière, ce qui a aussi été l'appréciation des Drs H\_\_\_\_\_, ainsi que, avant le 20 août 2009, E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_. Cela étant, il convient de retenir l'existence d'une rechute – au sens énoncé plus haut – dans cette partie du corps, comme l'a du reste admis le médecin-conseil le

#### **E. 11**

mai 2010 (selon la note de l'assureur du 18 mai 2010), et sans que cela ait ultérieurement été contesté par les différents médecins ayant examiné l'intéressé, ni par les parties elles-mêmes. La mention par l'intimée, dans la décision sur opposition querellée, d'une contradiction provenant du contenu du courrier du recourant lui-même du 6 juin 2009 n'est pas suffisant pour remettre en doute l'existence de la rechute le 4 juin 2009. Notamment, les effets concrets de la rechute en cause sur la capacité de travail ont tout à fait pu se faire sentir plusieurs jours plus tard, l'assuré ayant fait état d'un mouvement anodin le 4 juin 2009. Il est au surplus relevé que les conclusions du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 29 juin 2009 se fondaient sur une consultation du 7 avril 2009, antérieure à ladite rechute. b. Il n'est pas non plus contesté par les parties et les médecins – ni contestable – que les atteintes constatées, après le 1er mars 2009, aux membres inférieurs du recourant, en particulier ses genoux, ainsi que leurs éventuels effets étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec les accidents assurés des 20 juin 1995 et

#### **E. 13**

Comme retenu dans l'ATAS/653/2013 précité (consid. 13b) concernant le recourant lui-même, l'activité habituelle de celui-ci est toujours exigible, à 75 %. Il est ainsi superflu de chiffrer avec exactitude les revenus avec et sans invalidité, dès lors que tous deux se basent sur le même salaire. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond en effet avec celui de l'incapacité de travail – ici de 25 % –, ce qui ne laisse pas de place à la prise en compte d'un éventuel abattement en plus (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et 9C\_137/2010 du 19 avril 2010).

#### **E. 14**

Le recours doit par conséquent être partiellement admis, la décision sur opposition querellée réformée en ce sens que l'assuré a droit à une rente d'invalidité de 25 % à compter du 4 juin 2009, la cause étant renvoyée à l'assureur pour calcul des prestations dues.

#### **E. 15**

Vu l'issue du litige, une indemnité de dépens, légèrement réduite, de CHF 1'500.- sera allouée au recourant, qui est assisté d'un conseil, à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA). La procédure est gratuite (art. 61 al. 1 let. a LPGA, applicable *ratione temporis* vu l'art. 82a LPGA).

A/4544/2019 - 31/31 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la  
forme :

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