

GE_GERICHTE ATAS/729/2010 vom 3. Januar 2005

GE Cour de justice, 2005-01-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_729_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/729/2010 du 3 janvier 2005

IT: GE_GERICHTE ATAS/729/2010 del 3 gennaio 2005

Erwägungen

E. 1

Les questions de compétence et de recevabilité ayant d'ores et déjà été examinées dans l'arrêt rendu en date du 29 mai 2008, il est inutile d'y revenir.

E. 2

Il est rappelé que, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et que le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En l'espèce, dans la mesure où l'événement s'est produit en janvier 2002, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 24 mai 2005 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3), étant précisé que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité telles qu'elles se décrivaient sous l'empire de l'ancienne LAA et que la jurisprudence du TFA y relative est donc toujours d'actualité. Par ailleurs, 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. 3

a) Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par la recourante peuvent ouvrir droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de plus de 54% dès le 1er juillet 2004.

b) 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 (ATF 126 V 288 consid. 2, 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04). En l'occurrence, cependant, l'assurance-invalidité a octroyé à la recourante une rente entière, basée sur une affection psychiatrique sans lien de causalité avec l'accident de janvier 2002.

c) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident 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). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié du 15 octobre 2004, cause U 9/04).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents 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. 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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; 406 consid. 4.3.1; 119 V 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). En cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo

A/2776/2005 - 9/16 - sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le

syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00; cf. également DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56).

Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale. C'est donc essentiellement en présence d'une affection psychique que la causalité adéquate joue un rôle important (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 16).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du

A/2776/2005 - 10/16 - contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a 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 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 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. Lorsque, au stade de la procédure, 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 353 consid. 3b/bb).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

E. 4

En l'occurrence, il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Dr M _____, auquel a été confié le soin de procéder à une sur-expertise judiciaire. L'expert a rencontré l'expertisée à deux reprises ; il a examiné l'ensemble des pièces médicales et administratives du dossier (cf. rappel et résumés des dites pièces; analyse du dossier), s'est livré à une anamnèse détaillée (données subjectives et données personnelles et familiales), a tenu compte des plaintes de la recourante, a posé un status somatique et rhumatologique (données objectives), et a pratiqué des examens complémentaires ; il a établi des diagnostics clairs (avec et sans répercussion

A/2776/2005 - 11/16 - sur la capacité de travail) et a procédé à une synthèse et discussion ; il a répondu de façon claire et circonstanciée aux questions qui lui étaient posées dans l'ordonnance d'expertise ; ses conclusions sont motivées, dépourvues de contradiction et convaincantes. Il convient ainsi, au vu de ce qui précède, de constater que cette expertise et son complément ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale. A cet égard, on relèvera que, contrairement à ce que soutient la recourante, la réponse apportée dans un premier temps par l'expert à la question n°8 du mandat d'expertise n'était pas aussi claire qu'il y paraît puisque l'expert se référait en effet expressément à la discussion menée à partir de la page 20 de son rapport, laquelle n'évoquait pas seulement les problèmes de genou. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le Tribunal de céans a jugé bon de l'interpeller particulièrement sur ce point. La réponse apportée par l'expert en date du 13 avril 2010 est en revanche dépourvue de toute ambiguïté. Il ressort de l'expertise les éléments suivants. Les diagnostics retenus au titre d'atteintes ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée consistent en substance en des gonalgies droites et en des lombalgies chroniques sur séquelle d'une maladie de Scheuermann. Ont été mises en évidence une discarthrose sévère L5-S1 de degré I et une hernie discale L5-S1. S'y ajoutent des troubles bipolaires. L'expertisée se plaint de douleurs quotidiennes au niveau du genou droit, d'un sentiment d'instabilité, d'une impossibilité de fléchir le genou et de s'agenouiller et d'une difficulté pour monter ou descendre. Elle se déplace en boitant. Selon elle, les lombalgies

sont quotidiennes et s'aggravent dès qu'elle entreprend une activité physique. Selon l'expert, l'histoire clinique, l'anamnèse et la lecture des examens radiologiques démontrent une péjoration des lombalgies, principalement une aggravation de la discarthrose entre L5-S1 après l'accident du 3 janvier 2002. Pendant au moins 3 mois, la recourante n'a plus réussi à plier le genou et devait, pour réussir à le fléchir, appuyer fortement sur la rotule. Ce problème a entraîné une boiterie. La recourante a dû être opérée et a par la suite développé une algoneurodystrophie qui a également péjoré la marche en limitant la flexion du genou droit. Cette péjoration des lombalgies a été confirmée par une scintigraphie osseuse, des radiographies et une IRM lombaire. Par la suite, l'évolution a été favorable puisque l'algoneurodystrophie a guéri que qu'une scintigraphie pratiquée le 4 juin 2003 s'est révélée dans la norme. Sur la base de ces éléments, l'expert a conclu à une péjoration des lombalgies limitée dans le temps à la période du 3 janvier au 4 juin 2003, date à laquelle il a estimé que le statu quo sine avait été atteint. L'examen clinique auquel s'est livré l'expert n'a pas montré de pathologie rhumatologique lombaire et l'examen neurologique s'est révélé dans la norme, alors que si la situation au niveau lombaire avait continué à se péjorer après juin 2003, une aggravation de l'instabilité lombaire et de l'ar-

A/2776/2005 - 12/16 - throse aurait dû être mise en évidence. Tel n'a pas été le cas, raison pour laquelle, en l'absence de traumatisme direct sur le rachis, l'expert n'a pas retenu de lien de causalité probable entre l'accident de 2002 et l'aggravation des lombalgies. Les conclusions de l'expert apparaissent convaincantes de sorte qu'il y a lieu de suivre ses conclusions selon lesquelles l'aggravation des lombalgies en relation avec l'accident n'a été que passagère et limitée dans le temps au mois de juin 2003. Au-delà, la recourante n'a certes plus été capable d'exercer son activité de vitrier mais aurait pu en revanche exercer à plein temps une activité adaptée à son état, telle que décrite par l'expert. Le droit à la rente de l'assurance-accidents ne s'étant ouvert qu'au mois de juillet 2004, l'intimée n'avait donc effectivement pas à tenir compte des lombalgies dans son calcul du degré d'invalidité. Il convient à présent de vérifier la comparaison des revenus avant et après invalidité.

E. 5

Selon l'art. 18 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). 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). 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).

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 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). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se

faire au moyen de tabelles 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 (ATF 129 V 472), les DPT de la CNA n'ayant pas de valeur prépondérante par rapport aux données statistiques (RAMA 1999 U 343 consid. 4b/aa, p. 412). 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).

A/2776/2005 - 13/16 - La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATFA non publié du 28 décembre 2004, I 290/04 et les références). La seule circonstance qu'un assuré disposerait de meilleures possibilités de gain que celles qu'il met en valeur et qui lui permettent d'obtenir un revenu modeste ne justifie pas encore que l'on s'écarte du gain qu'il perçoit effectivement (ATFA non publié du 14 octobre 2002, I 777/01). Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral admet cependant que des circonstances justifient de s'écarter du revenu effectif de l'assuré lorsqu'il ressort de la situation dans son ensemble que celui-ci, sans invalidité, ne se contenterait pas durablement d'une telle rémunération.

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).

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'assuré-accidenté 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).

Aux termes de l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. La rente est allouée pour tout le mois au cours duquel ledit droit est né. En vertu de l'art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase, est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident.

E. 6

En l'espèce, l'année déterminante pour la comparaison des revenus est l'année 2004, puisque le droit à la rente débute le 1er juillet de cette année-là. Le revenu sans invalidité ayant d'ores et déjà été déterminé par le Tribunal fédéral, il y a lieu de s'y tenir et de considérer qu'il s'élève donc à 111'065 fr.

Quant au revenu après invalidité, l'intimée soutient qu'il doit être déterminé sur la base de 6 descriptions de postes de travail compatibles avec les limitations physiques de la recourante, ce qui conduit à un montant annuel de 51'915 fr. et à un de-

A/2776/2005 - 14/16 - gré d'invalidité de 53%. L'intimée souligne qu'on arrive à un degré d'invalidité si- milaire en se basant sur les données issues de l'ESS pour une activité correspondant à un niveau de qualification 3 et après une réduction supplémentaire de 15 % (ce qui conduit à un revenu d'invalidé de 51'660 fr. 95). Elle ajoute qu'on arrive au même résultat en retenant un degré de qualification moindre mais en procédant alors à une adaptation vers le haut (de 34 %) du revenu d'invalidé obtenu pour tenir compte de ce que le revenu obtenu par la recourante avant l'atteinte était sensible- ment supérieur aux valeurs statistiques usuelles du secteur concerné. Quant à la recourante, elle soutient que les 6 postes proposés par la SUVA ne sont pas adaptés à ses limitations fonctionnelles et se réfère donc aux salaires issus des statistiques, en retenant un niveau de qualification 4 (activités simples et répétiti- ves). Le Tribunal de céans constate que, contrairement à ce que soutient la recourante, les 6 postes de travail proposés par l'intimée respectent les limitations fonctionnel- les énoncées par l'expert (cf. description précise pour chaque poste des exigences du point de vue physique) et ne requièrent par ailleurs aucune formation particu- lière, à l'exception du poste d'ouvrier régléur, serveur aux presses, qui nécessite un apprentissage ou le suivi d'une école professionnelle, mais qui conviendrait néan- moins, étant rappelé que l'assurée est au bénéfice d'un CFC. Le revenu annuel moyen obtenu sur la base des 6 postes proposés par l'intimée s'élevant à 51'915 fr., c'est ce montant qui sera retenu par le Tribunal de céans pour la comparaison des revenus, d'autant qu'il ne diffère pas sensiblement de celui issu des statistiques. La recourante, en tant que directrice d'une entreprise familiale, bien que n'étant pas chargée de tâches administratives pointues, percevait un revenu annuel supérieur au revenu moyen d'un vitrier salarié. Cette différence s'explique certes en partie par le fait que l'assurée s'était vu confier certaines tâches de responsabilité, mais égale- ment par le fait qu'elle travaillait dans une entreprise familiale. Il convient cepen- dant de s'en tenir, pour la comparaison des revenus, à l'intégralité du revenu obtenu avant invalidité, ce que le Tribunal fédéral a confirmé. En effet, le revenu après in- validité doit se calculer d'après les tâches que la recourante peut effectuer en tenant compte des limitations fonctionnelles consécutives à l'état de son genou (les seules dont l'assurance-accidents doit répondre, cf. supra). La jurisprudence fédérale ne permet pas une adaptation du salaire après invalidité au motif que le salaire avant invalidité était supérieur à celui réalisé en moyenne dans la même profession. La ju- risprudence citée par l'intimée (ATF 129 V 122), relative à un travailleur saison- nier, ne s'applique pas au cas d'espèce. Ainsi faut-il, pour déterminer le salaire après invalidité, se baser sur le tableau TA1 de l'ESS 2004, qui indique, pour les femmes exerçant des activités de niveau 3, un revenu mensuel de 4'870 fr. En effet, et contrairement à ce que soutient la recou- rante, il y a lieu en l'espèce de se référer au niveau de qualification 3, lequel corres-

A/2776/2005 - 15/16 - pond à des connaissances professionnelles spécialisées, puisque l'activité de direc- trice d'une entreprise de pose de vitres précédemment exercée par la recourante comportait des responsabilités et requérait des compétences en matière d'organisa- tion et de gestion de la clientèle, notamment. Au vu de ce qui précède, il convient de prendre en considération un salaire mensuel après invalidité de 4'870 fr., soit de 58'440 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,6 heu- res en 2004; cf. La Vie économique tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 60'777 fr. 60. Compte tenu des limitations dont souffre la recourante, un abattement de 15% se justifie selon la jurisprudence fédérale, ce qui porte le revenu après inva- lidité à 51'660 fr. 95. Si l'on compare ce montant avec le revenu sans

invalidité ($[111'065 \text{ fr.} - 51'660 \text{ fr.} 95] \times 100 / 111'065 \text{ fr.}$), l'on obtient un degré d'invalidité de 53,48 %, devant être arrondi à 53 % (ATF 130 V 121), similaire à celui obtenu en comparant le revenu avant invalidité au revenu moyen obtenu selon les DPT proposées par l'intimée (53,25%). La SUVA avait, dans sa décision initiale, fixé la rente d'invalidité à 54 %. Le Tribunal de céans, renoncera cependant, comme il en a la faculté, à une reformatio in pejus (cf. ATF 119 V249) et confirmera par conséquent la décision litigieuse.

La requérante a ainsi droit à une rente d'invalidité LAA basée sur un degré d'invalidité de 54 % dès le 1er juillet 2004.

E. 7

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

A/2776/2005 - 16/16 -

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