

# **GE\_GERICHTE ATAS/893/2019 vom 1. Oktober 2019**

GE Cour de justice, 2019-10-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_893\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_893_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/893/2019 du 1 octobre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/893/2019 del 1 ottobre 2019

## **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**

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). En particulier, malgré leur libellé, on interprétera les conclusions du recourant relatives à la reconnaissance de son droit aux prestations comme tendant à la condamnation de l'intimée au versement de ces dernières. Elles sont ainsi recevables, contrairement à des conclusions constatatoires dont le caractère est subsidiaire par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2).

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit aux prestations en cas d'accident du recourant, en particulier sur le point de savoir si son état de santé était stabilisé au 30 juin 2018.

### **E. 4**

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1).

### **E. 5**

Les prestations suivantes sont prévues en cas d'accident.

A/4391/2018 - 17/27 - a. En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. b. Aux termes de 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 l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de

travail (art. 6 LPGGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. c. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGGA 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 LPGGA). 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 LPGGA). Conformément à l'art. 19 al. 1 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. d. À teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte

A/4391/2018 - 18/27 - à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2). L'évaluation incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles

limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1).

## **E. 6**

a. Afin de trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b. 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical

A/4391/2018 - 19/27 - n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

#### **E. 7**

Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail ; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). La prise en compte des gains accessoires intervient sans

A/4391/2018 - 20/27 - égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_676/2007 du 11 mars 2008 consid. 3.3.2). Les revenus réalisés dans des activités accessoires ne sont pris en compte dans le revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'assuré aurait continué, selon toute vraisemblance, à les percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, la prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_274/2009 du 3 décembre 2009 consid. 6 et les références). S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. Le revenu d'invalidé 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'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 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 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

#### **E. 8**

Il convient en premier lieu de déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 juin 2018, soit qu'il n'y avait plus lieu d'espérer à cette date que la poursuite du traitement médical permettrait une amélioration sensible de son état. a. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible

amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). La pratique n'a jusqu'ici pas tracé de limite stricte sur ce point. Par analogie avec la valeur

A/4391/2018 - 21/27 - minimale de 5 % souvent appliquée en droit des assurances sociales pour déterminer ce qui revêt une importance notable (Erheblichkeitsgrenze) (par exemple en matière de révision du taux de la rente, cf. ATF 140 V 85 consid. 4), un pronostic d'amélioration de la capacité de travail de 5 % dans l'activité habituelle ou une activité de remplacement peut être considéré comme sensible (Kaspar GEHRING, in Kommentar KVG/UVG, Ueli KIESER / GEHRING / Susanne BOLLINGER [éd.], Zurich 2018, n. 27 ad art. 10 LAA). Ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique, par exemple une cure annuelle, ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Dans le cas d'un assuré qui avait refusé de subir une arthrolyse de la cheville et auquel les médecins n'avaient pas proposé d'autre traitement, le Tribunal fédéral a confirmé que c'était à juste titre que l'assurance-accidents avait conclu à un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_247/2018 du 1er avril 2019 consid. 5.3). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2). Par ailleurs, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2). b. En l'espèce, force est de constater qu'au 30 juin 2018, aucun traitement médical permettant d'escompter une amélioration significative de l'état de santé du recourant n'était plus discuté, étant rappelé que ce dernier n'envisageait alors pas de se soumettre à l'arthrolyse évoquée. Les médecins de la CRR n'avaient en effet formulé aucune proposition thérapeutique, pas plus que le Dr I\_\_\_\_\_. Le recourant ne peut rien tirer du fait que ce chirurgien ait qualifié son état de non stabilisé au 25 avril 2018. En effet, il n'est pas contesté que tel n'était pas encore le cas à cette date. Dans son rapport du 3 juillet 2018, ce chirurgien ne semblait en outre pas considérer l'arthrolyse comme une indication claire à court terme, dès lors qu'il mentionnait que cette intervention serait « probablement nécessaire », compte tenu de la suspicion d'arthrose. Le fait que le recourant ait déclaré à la Dresse L\_\_\_\_\_, postérieurement à la décision litigieuse, qu'il pouvait désormais envisager une telle opération ne suffit pas non plus à conclure à un état non stabilisé. En effet, les médecins des HUG n'affirment pas que cette intervention

A/4391/2018 - 22/27 - serait de nature à améliorer de manière sensible l'état du recourant. Du reste, contrairement à ce que le recourant affirme, l'arthrolyse n'était pas une option

thérapeutique nouvellement apparue en avril 2018, puisqu'elle avait déjà été rapportée en décembre 2017 par le recourant lors d'un entretien avec l'intimée. Il ne s'agit ainsi pas d'un élément nouveau qui démontrerait que son état n'était pas stabilisé. Quant aux douleurs qui subsistaient après le 30 juin 2018, elles paraissent s'inscrire alors dans un tableau chronique. Leur persistance ne démontre ainsi pas que l'état de santé était en cours d'évolution, conformément à la jurisprudence. La poursuite de la physiothérapie et la prise en charge du TENS ne permettent pas non plus d'escompter une amélioration notable de l'état de santé du recourant, puisque leurs visées étaient antalgiques. Les consultations encore programmées au service de chirurgie orthopédique des HUG ne peuvent pas non plus être assimilées à un traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant, pas plus que la possibilité d'une neuropathie ou d'un névrome, évoquée en décembre 2018, dès lors qu'aucun de ces diagnostics ne paraît avoir été confirmé. Enfin, le rapport de scintigraphie du 20 août 2018 relève des éléments superposables à celle qui a été réalisée en 2017, ce qui tend à confirmer l'absence d'évolution de l'état du recourant. Compte tenu de ce qui précède, il n'existe aucun rapport médical justifiant que l'on s'écarte de la date de la stabilisation de l'état de santé fixée au 30 juin 2018 – date du reste corroborée par le pronostic temporel articulé par les Drs L\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 21 mars 2018. Conformément à la jurisprudence précitée, qui exclut l'analyse rétrospective de la stabilisation de l'état de santé, l'arthroscopie finalement pratiquée par le Dr N\_\_\_\_\_ en juin 2019 ne permet pas non plus de revenir sur ce point – et ce même si le pronostic favorable de ce chirurgien devait se vérifier. Il convient cependant de préciser que la confirmation de la stabilisation de l'état de santé du recourant n'exclut a priori pas que l'intimée assume l'intervention réalisée par le Dr N\_\_\_\_\_, l'art. 21 LAA prévoyant la prise en charge de prestations pour soins après la fixation de la rente à certaines conditions.

## **E. 9**

Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité du recourant dès le 1er juillet 2018, en précisant en préambule que la détermination du degré d'invalidité par l'OAI ne lie pas l'intimée, notamment eu égard au fait qu'elle n'a pas fait l'objet d'une décision entrée en force (ATF 126 V 288 consid. 2d). a. L'intimée a fondé son calcul sur une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 1er juillet 2018. Tant le Dr E\_\_\_\_\_ que les médecins de la CRR ont retenu que l'état de santé du recourant, une fois stabilisé, lui permettrait d'exercer une activité adaptée à temps complet sans diminution de rendement. Leurs conclusions sont claires et elles se fondent sur des examens cliniques détaillés, complétés par la lecture du dossier et l'interrogatoire du recourant quant à ses plaintes. Au plan formel, leurs rapports

A/4391/2018 - 23/27 - satisfont ainsi aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral. Le fait que l'intervention pratiquée en novembre 2015 par le Dr G\_\_\_\_\_ ne figure pas dans les anamnèses établies par la CRR et le médecin d'arrondissement de l'intimée ne justifie pas qu'on écarte leurs rapports. En effet, cette intervention est antérieure à l'arthroscopie du 4 septembre 2017, touchant la même articulation, dont lesdits rapports tiennent compte. Le recourant n'affirme d'ailleurs pas que cette opération modifierait les diagnostics à retenir et les limitations fonctionnelles déjà admises en lien avec sa cheville gauche. En outre, aucun autre rapport médical ne suscite de doute qui justifierait que l'on se distancie de cette appréciation. Si le Dr G\_\_\_\_\_ a exclu dans son rapport du 31 mai 2018 la reprise du travail de maçon – rejoignant sur ce point l'appréciation des Drs E\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, il semble en revanche admettre qu'une activité adaptée est possible. Quant au

rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2018, lequel ne repose du reste pas sur une consultation récente, il admet l'exercice d'une activité adaptée à temps partiel, en invoquant toutefois des limitations induites par des douleurs au dos dont l'intimée ne répond pas. Ce médecin a certes délivré des arrêts de travail portant sur la période postérieure à la décision de l'intimée. Dès lors que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle n'est pas contestée par l'intimée, ces certificats, au demeurant non motivés, ne permettent pas de s'écarter de l'avis du Dr E\_\_\_\_\_. Enfin, le Dr N\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de gain du recourant. Par conséquent, le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître force probante. Il apparaît du reste que le recourant a été en mesure de suivre un reclassement dans une nouvelle profession avant même la stabilisation de son état de santé, ce qui tend à confirmer la capacité médico-théorique dans une activité adaptée définie par les médecins de la CRR et par le médecin d'arrondissement. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a fondé son calcul du degré d'invalidité en tenant compte du revenu d'invalidité tiré d'une activité exercée à plein temps. Ainsi, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), la chambre de céans renoncera à la mise en œuvre d'une expertise.

b. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 80'755.40 en référence aux informations de l'employeur du 24 mai 2018, et il a ajouté la moyenne des heures supplémentaires réalisées entre 2004 et 2006, soit CHF 1'229.60. Si le revenu de CHF 80'755.40 correspond aux informations de l'employeur (12 mensualités de CHF 6'050.-, plus le supplément pour pause de 2.9 % et un 13ème salaire), il n'est pas possible de reconstituer le montant retenu à titre d'heures supplémentaires par l'intimée, dès lors que le dossier ne contient pas les données salariales complètes pour 2006. En outre, certains des chiffres avancés par l'intimée à ce titre ne correspondent pas aux montants ressortant des fiches de salaire. Ainsi, le recourant a perçu pour les heures supplémentaires, CHF 2'356.70 en 2004, et non

A/4391/2018 - 24/27 - CHF 2'034.75, et CHF 755.25 en 2005 plutôt que CHF 626.50. Il a perçu CHF 1'421.80 pour les heures supplémentaires de juillet 2006 à juin 2007. On peut y ajouter le montant des heures supplémentaires de 2014, soit CHF 2'782.15. C'est donc la moyenne de ces quatre chiffres que la chambre de céans retiendra, soit CHF 1'829.-. Le revenu sans invalidité sera ainsi fixé à CHF 82'584.-. S'agissant des indemnités de repas dont le recourant réclame l'intégration dans le revenu sans invalidité, il faut rappeler que le salaire déterminant comprend toute rémunération pour un travail dépendant, fourni pour un temps déterminé ou indéterminé. Il englobe les allocations de renchérissement et autres suppléments de salaire, les commissions, les gratifications, les prestations en nature, les indemnités de vacances ou pour jours fériés et autres prestations analogues, ainsi que les pourboires, s'ils représentent un élément important de la rémunération du travail (art. 5 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS - RS 831.10]). Selon l'art. 9 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS - RS 831.101), les frais généraux sont les dépenses résultant pour le salarié de l'exécution de ses travaux ; le dédommagement pour frais encourus n'est pas compris dans le salaire déterminant (al. 1) ; ne font pas partie des frais généraux les indemnités accordées régulièrement pour le déplacement du domicile au lieu de travail habituel et pour les repas courants pris au domicile ou au lieu de travail habituel ; ces indemnités font en principe partie du salaire déterminant (al. 2). La Convention collective de travail (CCT) nationale du secteur principal de la construction en Suisse, qui a force obligatoire depuis 1999, prévoit des indemnités journalières pour les frais de déplacement et le repas de midi lorsque le travailleur ne peut pas retourner à son domicile. Des dispositions spéciales applicables dans le canton de

Genève fixent le montant de l'indemnité forfaitaire journalière pour les frais de déplacement et le repas de midi à CHF 21.60. Dans un cas portant sur les indemnités de repas prévues par la CCT du second œuvre romand (SOR), laquelle prévoit également le versement d'indemnités de repas lorsque le repas de midi ne peut pas être pris à domicile, le Tribunal fédéral a retenu que ces indemnités servaient à couvrir les frais supplémentaires subis par le travailleur et représentaient incontestablement des indemnités pour frais encourus non comprises dans le salaire déterminant, leur caractère forfaitaire n'y changeant rien (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_310/2018 du 18 décembre 2018 consid. 7.4). Sur ce point, la présente cause est identique dès lors que les indemnités de repas sont prévues lorsque les travailleurs ne sont pas en mesure de se sustenter chez eux. Il convient dès lors de confirmer la position de l'intimée, qui n'a pas inclus ces indemnités dans le revenu sans invalidité. c. Pour ce qui est du revenu avec invalidité, le recours aux DPT ne prête pas flanc à la critique. Les DPT sont en effet compatibles avec les atteintes dont l'intimée répond, puisqu'ils n'impliquent notamment pas de port de charges excédant les limites fixées par le Dr E\_\_\_\_\_, n'exigent que de courts déplacements occasionnels et permettent l'alternance des positions.

A/4391/2018 - 25/27 - Le recourant fait valoir que ces DPT portent sur des postes éloignés de Genève. La jurisprudence a rappelé que le caractère convenable d'un DPT en regard de l'éloignement entre le lieu de travail prévu et le domicile ne peut pas être déterminé à l'avance et d'une manière générale, mais qu'il doit être examiné en fonction de la situation de santé et personnelle de l'assuré ainsi que de son obligation de réduire le dommage (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 7.3). En l'espèce, l'état de santé du recourant tel que décrit par les médecins ne fait pas obstacle à des trajets même relativement longs, étant du reste rappelé que les limitations dont répond l'intimée ne l'ont pas empêché de suivre une formation dans la conduite. En tant que le recourant fait valoir que ces postes sont trop spécifiques pour être représentatifs du marché du travail, il ne peut être suivi. En effet, les DPT sélectionnés, accessibles sans formation, correspondent à des postes fréquemment retrouvés dans l'industrie. La chambre de céans n'a ainsi pas de motif de s'écarter du revenu après invalidité de CHF 62'025.-. En conséquence, le degré d'invalidité résultant de la comparaison des revenus avant et après l'accident s'élève à 24.89 %, chiffre qui doit être arrondi à 25 % selon les règles mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3). d. Le gain assuré retenu par l'intimée est celui que le recourant a réalisé dans l'année qui a précédé l'accident de 2007, soit CHF 74'420.- indexé à 2017. Aux termes de l'art. 15 al. 2 LAA, est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident. L'art. 24 al. 2 OLAA précise que lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Selon la jurisprudence, cette disposition permet l'adaptation du gain uniquement à l'évolution des salaires dans le secteur d'activité, et les modifications du gain assuré qui ne relèvent pas du renchérissement ne peuvent pas être prises en compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_237/2011 du 19 août 2011 consid. 3.3).

La détermination du gain assuré de l'intimée est ainsi conforme au droit.

## **E. 10**

Le recourant s'en prend enfin à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été octroyée. Compte tenu de la stabilisation de son état de santé, on ne peut considérer que la détermination de cette indemnité est prématurée.

A/4391/2018 - 26/27 - Quant à son taux, fixé par analogie avec une arthrose grave tibio-tarsienne nécessitant une arthrodèse (pour laquelle la table 5 d'indemnisation prévoit une fourchette de 15 à 30 %), il ne fait l'objet d'aucune critique concrète du recourant, qui se contente d'alléguer que ce taux ne reflèterait pas la gravité de son atteinte. Un tel argument, guère étayé et contredit par la notion même d'arthrose grave correspondant à ce taux d'indemnisation, ne convainc pas. Par ailleurs, comme on l'a vu, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, et le recourant ne produit aucun rapport médical s'écartant de l'évaluation du Dr E\_\_\_\_\_ sur ce point. Partant, la décision de l'intimée doit également être confirmée sur ce point.

## **E. 11**

Compte tenu de ce qui précède, le recours est très partiellement admis, en ce sens que le degré d'invalidité reconnu au recourant est de 25 % (au lieu de 24 %). Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 250.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). \* \* \* \* \*

A/4391/2018 - 27/27 - 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.