

# **GE\_GERICHTE ATAS/961/2017 vom 26. Oktober 2017**

GE Cour de justice, 2017-10-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_961\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_961_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/961/2017 du 26 octobre 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/961/2017 del 26 ottobre 2017

## **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. 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 343 consid. 3).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur le degré d'invalidité et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques du recourant, le calcul du degré d'invalidité, l'applicabilité des DPT et l'appréciation de l'IPAI.

A/4018/2016 - 10/20 -

### **E. 5**

Le recourant soutient que les troubles psychiques dont il souffre sont en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré, de sorte qu'ils doivent être pris en considération dans l'évaluation de sa capacité de travail et, partant, du degré d'invalidité.

### **E. 6**

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). 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). b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 456 consid. 5a et les références).

## **E. 7**

a. L'assuré invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'accident a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de

A/4018/2016 - 11/20 - réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Selon l'art. 8 LPGGA auquel l'art. 18 al. 1 LAA renvoie, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. b. Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2ème phrase LPGGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C\_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la

lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2).

#### **E. 8**

En l'espèce, la question de la causalité adéquate peut en l'état rester ouverte, dès lors qu'au jour de la décision sur opposition querellée, les troubles psychiques ne constituaient pas des troubles invalidants. En effet, si, à son retour de vacances, début septembre 2016, le recourant était plus déprimé, avec des résultats élevés sur les échelles psychométriques (voir rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 22 octobre 2016), trois semaines plus tard, le diagnostic n'était plus que celui de trouble dépressif léger (selon le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 22 septembre 2016). Ce trouble, associé aux atteintes physiques et au long éloignement du marché du travail, entraînait une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, une augmentation du taux d'activité étant toutefois envisageable. Le 22 octobre 2016, la capacité de travail était toujours de 50% au maximum (cf. rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 22 octobre 2016). Or, conformément à l'ATF 140 V 193 consid. 3.3 précité, il doit être considéré que le trouble léger, voire moyen, de la lignée dépressive dont souffre le recourant ne

A/4018/2016 - 12/20 - constitue pas une atteinte à la santé à caractère invalidant, dès lors qu'il ne se révèle à l'évidence pas résistant aux traitements pratiqués. Les médecins-psychiatres ayant suivi le recourant ont évoqué une stabilisation, voire même une amélioration et considéré que le pronostic était bon. Bien plus, si le Dr F\_\_\_\_\_ a évoqué un trouble d'intensité élevée (sans préciser s'il s'agissait d'une intensité moyenne ou sévère) début septembre (rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 22 octobre 2016), il a évolué vers un trouble dépressif d'intensité légère en moins de trois semaines (rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 22 septembre 2016) et il n'y a eu aucune péjoration entre le 22 septembre et le 22 octobre 2016. Partant, les troubles psychiques dont souffre le recourant ne sauraient être considérés comme invalidants au jour de la décision sur opposition querellée. Ils n'entrent dès lors pas en considération dans la détermination du degré d'invalidité, raison pour laquelle la question de l'existence d'un lien de causalité adéquate peut rester ouverte.

#### **E. 9**

Le recourant conteste également le degré d'invalidité retenu par l'intimé. Selon lui, les DPT ne sauraient trouver application. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). b/aa. 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. 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. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4). b/bb. Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail

A/4018/2016 - 13/20 - particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité 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'invalidité 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'invalidité est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale. Lorsque tel n'a pas été le cas et que le détail du calcul du revenu d'invalidité a été communiqué pour la première fois à l'assuré dans la décision sur opposition, il y a lieu de considérer que la violation du droit d'être entendu a été réparée en procédure cantonale lorsque l'assuré a recouru contre cette décision et a pu faire valoir tous ses arguments en procédure cantonale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_408/2014, du 23 mars 2015 consid. 6.3). En l'absence de descriptifs de postes de travail recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidité de se fonder sur les salaires qui ressortent des enquêtes statistiques officielles (ESS ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). A noter que la table TA1 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspond à la table TA1\_skill\_level des ESS publiées depuis 2012 (voir la lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce

qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant

A/4018/2016 - 14/20 - qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du

### **E. 13**

a. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ du 5 mars 2015 pour retenir une atteinte à l'intégrité de 40%. Ce médecin a considéré que l'amputation avait été effectuée « à travers le genou ». L'appréciation en question ne contient aucune anamnèse et les constatations sont très vagues, le médecin précité se contentant d'indiquer que l'amputation a eu lieu au niveau de l'articulation fémoro-tibiale et qu'il s'agit donc d'une amputation correspondant à la figure n° 14, table IV SUVA. Cette appréciation doit toutefois être lue en lien avec le rapport d'examen final du 3 mars 2015, dans lequel le Dr D\_\_\_\_\_ a décrit la situation. Après avoir mentionné la réalisation, en date du 16 juillet 2014, d'une amputation à mi-cuisse selon Gritti, le médecin a noté un moignon d'amputation au niveau du fémur distal. Dans son appréciation, il a fait état d'une amputation au niveau du tiers distal du fémur droit. Par ailleurs, il ressort du compte-rendu opératoire du 17 juillet 2014 que les médecins des HUG ont procédé à une amputation mi-cuisse selon Gritti, réalisant pour ce faire notamment une « coupe fémorale supracondylienne avec 15° de rétropente ». Par la suite, ils ont sectionné à la main la facette postérieure de la rotule et l'ont fixée au fémur. Ainsi, concrètement, contrairement à la désarticulation du genou, dans l'amputation selon Gritti, le médecin procède à une coupe du fémur, au tiers distal, au-dessus du condyle. Par la suite, pour permettre un meilleur appui, il procède à une arthrodèse fémoro-patellaire. En d'autres termes, il fixe une partie de la rotule au fémur. Partant, même si, in fine, après l'arthrodèse fémoro-patellaire, l'amputation semble avoir été réalisée au niveau du genou, tel n'est pas le cas en réalité. Dans les faits, le fémur a été amputé au-dessus du condyle, soit au-dessus de l'articulation, laquelle a été totalement supprimée. Dès l'instant où l'amputation a été effectuée au-dessus de l'articulation du genou, ne serait-ce que de quelques centimètres, on ne peut plus parler de perte d'une jambe au niveau du genou. Par conséquent, le degré de l'atteinte à l'intégrité doit être fixé à 50%. Sur ce point, le recourant obtient également gain de cause.

A/4018/2016 - 19/20 - b. L'indemnité de 50% doit être calculée en fonction du montant du gain assuré au jour de l'accident (art. 25 al. 1 LAA, art. 36 al. 3 OLAA et ch. 1 § 1 de l'annexe 3 OLAA). L'accident est survenu en 2014 et à cette date, le montant maximum du gain assuré était de CHF 126'000.- (art. 22 al. 1 OLAA, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2015). L'indemnité due s'élevait à CHF 63'000.-. Après réduction de 20% en raison de la faute grave du recourant, c'est un montant de CHF 50'400.- que l'intimée aurait dû verser. Tel n'ayant pas été le cas, la décision sur opposition doit être annulée pour ce motif également.

### **E. 14**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 23 mars 2016 annulée en tant qu'elle fixe le degré d'invalidité à 25% et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%. Le recourant est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 27% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%, étant rappelé que les prestations en espèces ont été réduites de 20%, en raison des infractions au code de la

route commises par l'assuré. La cause est renvoyée à l'intimée pour calcul des prestations dues. La décision sur opposition est confirmée pour le surplus. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4018/2016 - 20/20 - 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.