

## GE\_GERICHTE A/2364/2007 vom 3. September 2008

GE Cour de justice, 2008-09-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2364\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2364_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/2364/2007 du 3 septembre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/2364/2007 del 3 settembre 2008

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 03.09.2008  
A/2364/2007

A/2364/2007 ATAS/959/2008 du 03.09.2008 ( LAA ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2364/2007 ATAS/959/2008 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 3 septembre 2008 En la cause Monsieur D \_\_\_\_\_, domicilié à MARNIER, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric STAMPFLI recourant contre SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT Monsieur D \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1952, de nationalité française et titulaire d'un permis G, exerçait la profession de monteur en stores depuis six mois chez X \_\_\_\_\_ SA. Le 30 juillet 2004, l'assuré a été victime d'une chute qui a provoqué une luxation postéro-interne de son coude droit, avec fracture de la tête radiale et arrachement de la pointe de la coronoïde. Le même jour, il a subi une intervention chirurgicale au cours de laquelle a été mise en place une prothèse de la tête radiale reséquée. En incapacité totale de travailler, attestée par des certificats médicaux successifs, l'assuré a perçu des indemnités journalières de SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : l'assureur ou l'intimée). En raison d'une subluxation, constatée à la radiographie par le Dr O \_\_\_\_\_ le 18 novembre 2004, la Dresse L \_\_\_\_\_ a dû procéder à l'ablation de la tête radiale prothétique, à l'abatement de l'épitrôchlée et à la neurolyse du nerf cubital le 25 novembre suivant. Des lésions du condyle externe, enfoncé d'environ deux millimètres par rapport au condyle interne, ont été constatées à cette occasion. Dans un rapport médical intermédiaire daté du 7 février 2005, la Dresse L \_\_\_\_\_ a notamment fait état de facultés de pronation et de supination complètes mais douloureuses, et d'une déminéralisation osseuse diffuse à l'articulation cubito-humérale. Constatant un manque de force et de possibles douleurs à l'effort qui laissaient craindre un dommage permanent, elle a confirmé l'incapacité totale de travail de l'assuré pour une durée indéterminée. Au terme d'un examen pratiqué le 13 mai 2005, le Dr M \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'assureur, a constaté l'évolution favorable de l'assuré, mais que celui-ci manquait de force et que le port de charge lui était difficile ; la flexion et l'extension du coude étaient quasi complètes, mais sa mobilisation était douloureuse. Du 31 mai au 22 juin 2005, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) aux fins d'évaluation de ses capacités fonctionnelles résiduelles, de réadaptation orthopédique et de réadaptation axée sur les douleurs. Du rapport établi le 22 juillet 2005 par les docteurs N \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et O \_\_\_\_\_, médecin-assistant, il ressort notamment que la douleur se situait au niveau d'un conflit entre les extrémités proximales du radius et du cubitus, un pronostic définitif étant réservé douze à dix-huit mois après l'intervention chirurgicale ; les séances de physiothérapie et d'ergothérapie effectuées pendant le séjour

n'avaient pas permis d'améliorer de façon significative l'amplitude de supination de la main droite en raison, essentiellement, des douleurs ressenties ; aux ateliers professionnels, la douleur avait considérablement limité les activités de l'assuré, dont le rendement était presque nul ; en conclusion, il paraissait illusoire de penser que celui-ci pourrait reprendre son activité de monteur en stores, une régression des phénomènes douloureux n'étant cependant pas exclue. Selon un rapport intermédiaire établi par la Dresse L\_\_\_\_\_ le 2 août 2005, la capacité de travail de l'assuré était totalement recouverte dès ce jour-là, pour autant que son employeur lui confiât un travail approprié, un dommage permanent dû aux douleurs étant toujours à craindre. Par certificat médical du 20 septembre suivant, la praticienne a attesté une nouvelle incapacité totale de travailler. Du rapport établi le 3 octobre 2005 par le Dr M\_\_\_\_\_ suite à l'examen médical final, il ressort notamment que l'assuré a déclaré que la reprise de son travail de storiste avait été un échec total, avec aggravation des douleurs et impossibilité de travailler en hauteur, et qu'il éprouvait des difficultés à conduire un véhicule automobile ; les douleurs, pratiquement permanentes, s'étendaient du coude à la main droite, et il avait du Dafalgan en réserve comme antalgique ; dans son entreprise, il n'y avait pas de poste adapté, plus léger et ne nécessitant pas du travail en hauteur ou à bout de bras, le port de charges ou de la force de serrage ; enfin, il n'avait pas de diplôme à mettre en valeur. Le Dr M\_\_\_\_\_ a en outre relevé, au terme de l'examen clinique, des douleurs aux sollicitations mécaniques au niveau du coude, lequel avait des amplitudes articulaires normales en flexion/extension, un défaut de supination important et une force de préhension limitée pour un droitier, de sorte qu'il existait un dommage permanent indemnifiable ; hormis cela, l'assuré présentait un excellent état général. En conclusion, l'assuré n'était plus apte à exercer sa profession : les travaux en hauteur, le port de charges à bout de bras, les mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit et l'utilisation d'une force de serrage avec la main droite devaient être proscrits ; dans une activité respectant ces restrictions, devant un établi dédié à la mécanique légère par exemple, sa capacité de travail pourrait être entière. Enfin, le traitement se bornait désormais à quatre à six consultations annuelles chez le médecin-traitant et à la prise d'antalgiques. Par lettre adressée à son assuré le 10 octobre 2005, l'assureur l'a informé qu'il mettait fin au paiement des soins médicaux, hormis quatre à six contrôles annuels et la prescription de médicaments antalgiques, et qu'il continuerait à verser une indemnité journalière sur la base d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 28 février 2006 pour lui permettre d'entreprendre, seul ou avec le concours de l'assurance-invalidité, les démarches nécessaires à l'exercice d'une activité adaptée. Réservant la question du droit à une rente d'invalidité, l'assureur a en outre informé l'assuré qu'il lui verserait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10'680 fr. Par lettre du 18 janvier 2006, X\_\_\_\_\_ SA a, à la requête de l'assureur, confirmé que, sans l'accident dont il avait été la victime, son employé aurait perçu, en 2005, un salaire horaire brut de 28 fr. 30, quarante et une fois par semaine, à quoi s'ajoutaient 8.33% à titre de treizième salaire et 12.55% à titre de vacances. Par lettre adressée à l'assuré et datée du 20 mars 2006, l'assureur l'a notamment informé qu'il « annul[ait] provisoirement [sa] lettre du 10 octobre » précédent, et qu'il continuerait à lui verser des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 9 avril suivant, date à partir de laquelle il recevrait des indemnités de l'assurance-invalidité. Selon le rapport final de réadaptation professionnelle, établi par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) le 28 novembre 2006, l'assuré a suivi un stage d'orientation professionnelle du 10 avril au 9 septembre 2006. À cette occasion, son attitude démonstrative, le faible engagement

démontré, le fait qu'il ne faisait pas usage de son bras droit et qu'il se conduisait comme un mono-manuel n'avait pas permis au Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) de fournir des conclusions professionnelles et définitives utilisables ; même placé dans une activité théoriquement adaptée (surveillant de musée), l'assuré s'était plaint de douleurs invalidantes, de sorte qu'« exist[ait] une discordance très importante entre l'exigibilité théorique et les (im)possibilités physiques décrites par [lui] » ; il était donc opportun de conclure par une évaluation théorique basée sur l'ensemble des pièces figurant au dossier. Fondé sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS), le degré d'invalidité de l'assuré a été évalué à 34.1%. Dans un projet de décision du 4 décembre 2006, adressé en copie à l'assureur, l'OCAI a retenu ce pourcentage, arrondi à l'unité inférieure, comme degré de l'invalidité de l'assuré. Une note interne établie par E. \_\_\_\_\_, gestionnaire du dossier de l'assuré à l'OCAI, le 26 février 2007 (pièce 98 int.) est ainsi libellée : « Pour l'historique du dossier, voir notre séance SUVA de SCL du 12.12.2005. Les [mesures d'orientation professionnelle] ont échoué devant la persistance de l'assuré à se déclarer totalement inapte à travailler. L'explication de l'évaluation du degré d'invalidité AI est contenue dans le rapport des conseillers du 28.11.2006. L'explication du degré d'invalidité de la LAA ne figure pas au dossier AI. Il m'est donc impossible de comparer les deux raisonnements et d'expliquer la différence. Nous avons informé la SUVA lors de notre projet de décision du 04.12.2006, et n'avons pas été informés d'une quelconque évaluation de l'invalidité ou décision LAA récente. [...] ». Par décision du 14 mars 2007, l'assureur a alloué une rente d'invalidité conforme à une perte de capacité de gain évaluée, sur la base de descriptifs de postes de travail (ci-après é.g. : DPT), à 16%, et une indemnité pour atteinte à l'intégrité évaluée à 10%. Par décisions du 11 avril 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'Office AI) a accordé à l'assuré le bénéfice d'une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2005 au 31 janvier 2006. Dans la mesure où il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 4 octobre 2005, son degré d'invalidité, évalué sur la base de l'ESS, n'était plus que de 34% depuis lors, de sorte que le droit à la rente s'était éteint trois mois après ladite amélioration. Les mesures de reclassement professionnel sollicitées étaient en outre rejetées. Par lettre recommandée du 30 avril 2007, l'assuré s'est opposé à la décision du 14 mars précédent en faisant notamment valoir que l'assureur, qui connaissait l'évaluation de l'OCAI au moment de la prendre, n'avait pas respecté le principe, qui doit prévaloir, de coordination entre l'Office AI et les autres assureurs sociaux ; d'autre part, l'assureur n'avait nullement exposé les motifs qui, selon lui, pouvaient justifier la différence sensible qui apparaissait entre les taux d'invalidité respectivement retenus. Par décision du 16 mai 2007, l'assureur a rejeté ladite opposition. À l'appui de sa décision, il fait en substance valoir que l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité, même si celle-ci est entrée en force ; qu'il avait évalué le gain mensuel d'invalidité en se fondant sur les renseignements fournis par cinq entreprises genevoises (DPT), « versés au dossier » ; qu'en tout état, l'abattement de 25% retenu par l'assurance-invalidité était manifestement trop élevé au vu de l'ensemble des circonstances ; pour le surplus, l'assurance-invalidité n'était pas tenue de fixer plus précisément la déduction et le taux d'invalidité dès lors que le droit au versement d'une rente, par ses soins, était exclu. Par acte adressé au Tribunal de céans et déposé à l'office postal le 18 juin 2007, l'assuré a formé recours à l'encontre de cette décision, reçue le 18 mai 2007, par lequel il conclut à la constatation de ce que le taux de son invalidité n'est pas inférieur à 34% et à ce que l'intimée soit invitée à recalculer la rente sur la base du taux

nouvellement déterminé. À l'appui de ses conclusions, il fait notamment valoir que l'estimation de son revenu n'avait pas fait l'objet de la motivation exigée par la jurisprudence du Tribunal fédéral, en particulier dans la décision initiale du 14 mars 2007 ; la détermination du revenu d'invalidité supposait, outre la production d'au moins cinq descriptifs de postes de travail, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, du salaire le plus élevé, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe considéré ; la différence manifeste entre le taux d'invalidité retenu par l'assurance-invalidité et celui retenu, sans les explications nécessaires, par l'intimée provenait exclusivement de la prise en compte d'un revenu théorique différent ; or, faute d'explications, une différence de 18% ne pouvait se justifier. Par pli recommandé du 16 juillet 2007, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a notamment exposé que, dans son calcul du revenu d'invalidité, l'assurance-invalidité n'avait pas tenu compte de l'évolution des salaires nominaux en 2006, année déterminante pour la naissance du droit à la rente ; d'autre part, il avait été fait application de l'abattement maximal de 25%, « clairement excessif » dans le cas d'espèce ; pour le surplus, bien que le taux d'invalidité « statistique » demeurât largement supérieur au taux d'invalidité « DPT » en dépit de la correction de ces paramètres, l'écart était admissible dès lors qu'il résultait de l'application de méthodes différentes. Annexé à cette écriture, le chargé de pièces comprend notamment cinq descriptifs de postes établis en février 2006 : ceux de cariste dans l'industrie alimentaire, de contrôleur et d'ouvrier en montage dans l'horlogerie, d'ouvrier affecté au tri des bouteilles en PET et de chauffeur-livreur dans l'industrie automobile. En particulier, le descriptif de la profession de cariste précise que toute la manutention s'effectue avec l'aide d'un petit véhicule électrique équipé d'une fourche pour saisir, soulever, puis porter les charges, que le port manuel de charges n'est jamais requis, que le travailleur exerce très souvent son activité assis et rarement debout, l'usage des deux mains étant cependant nécessaire ; d'autre part, le descriptif de la profession de chauffeur-livreur précise que l'activité comprend la livraison des pièces à l'extérieur, la vente de pièces et accessoires aux guichets clients et atelier, la réception des commandes téléphoniques, le traitement des commandes, la recherche de pièces, la facturation et la mise en place des pièces en stock, en position tantôt assise tantôt debout, l'usage des deux mains étant nécessaire, qu'elle suppose notamment, jusqu'au niveau des hanches, souvent le port de charges très légères, parfois celui de charges légères (5-10 kg) et rarement celui de charges moyennes (10-25 kg) et qu'enfin, elle requiert parfois la rotation manuelle et rarement le maniement d'outils. Pour le surplus, les descriptifs font état du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération (54), du salaire annuel le plus élevé (89'896 fr.), du salaire annuel le plus bas (42'000 fr.) et du salaire moyen du groupe considéré (56'660 fr.). Dans le délai imparti par le Tribunal pour lui faire parvenir une éventuelle réplique, le recourant a déclaré persister dans ses conclusions. Outre les arguments déjà développés, il relève notamment que l'intimée avait retenu, sans le justifier, un gain annuel de valide de 66'168 fr. alors que les informations fournies par l'employeur permettaient de conclure à un gain présumé perdu de 67'325.30 en 2005 ; d'autre part, le reproche adressé à l'assurance-invalidité n'était pas relevant puisque le droit à une rente d'invalidité rétroagissait au 1er juillet 2005, et non 2006 ; enfin, à supposer que l'on diminuât l'abattement consenti par l'OCAI aux taux de 10% ou 15%, la différence se traduirait, en termes de rente, à 25%, respectivement 50% ; la méthode utilisée par l'intimée aboutissant à un résultat choquant, l'application des descriptifs de postes de travail, parmi lesquelles figuraient d'ailleurs deux activités spécifiques manifestement inadaptées au type de

handicap éprouvé, devait être remise en cause. Dans le délai imparti et prolongé par le Tribunal, l'intimée a, par duplique du 18 septembre 2007, notamment précisé que le revenu annuel de valide avait été correctement évalué sur la base des déclarations de l'employeur puisqu'il convient, s'agissant d'un salaire horaire, de ne pas tenir compte du salaire afférent aux vacances quand le revenu annuel est déterminé en multipliant ce salaire horaire par le nombre d'heures de travail hebdomadaires et par le nombre total de semaines que comprend une année ; pour le surplus, le docteur M \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, avait confirmé que les deux activités considérées comme inadaptées par le recourant ne l'étaient pas, le port de charges moyennes ne devant intervenir que rarement. Invité à faire part de ses observations et à produire toutes pièces utiles, le recourant a, par pli recommandé déposé à l'office postal dans le délai imparti, contesté le mode de calcul du revenu annuel de valide tel que présenté par l'intimée, ainsi que l'appréciation du médecin d'arrondissement, les activités de cariste et de chauffeur-livreur requérant toutes deux l'usage des deux bras et des deux mains alors que la simple conduite de son véhicule privé constituait déjà « une difficulté toute particulière ». À l'audience de comparution personnelle des parties du 28 novembre 2007, le recourant a, outre les arguments évoqués dans ses écritures, notamment fait valoir que, dans la mesure où il ne pouvait plus effectuer de rotations externes et internes ni porter des charges supérieures à quatre ou cinq kilogrammes, il ne se servait plus de son bras droit alors même qu'il est droitier ; il ne conduisait son propre véhicule que très rarement et n'était pas capable de conduire un élévateur toute la journée ; d'autre part, le gain assuré n'était pas l'objet de ses griefs, seul étant contesté le gain d'invalidité retenu par l'assureur. L'intimée a pour sa part exposé qu'elle n'était pas liée par le degré d'invalidité déterminé par l'OCAI, la détermination de ce taux par l'assureur-accidents devant être réalisée « au plus juste » dès lors que les conditions d'octroi d'une rente étaient très différentes ; d'autre part, la méthode de calcul du gain assuré, sur la base du descriptif des postes de travail applicable à Genève, lequel est réactualisé chaque année, est beaucoup plus concrète que celle qui tient compte des statistiques suisses. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle s'était basée sur l'exigibilité médicale ressortant des avis de ses médecins et de ceux de l'assurance-invalidité ; il était clair que le recourant ne pouvait plus faire de travaux en hauteur, porter des charges à bout de bras ni faire de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit, ni utiliser une force de serrage avec la main droite ; en revanche, dans une activité qui ne nécessitait pas le port de charges moyennes à lourdes ni de force de serrage, il pouvait travailler à plein temps ; en tout état, même à considérer que les activités de cariste et de chauffeur-livreur ne soient pas adaptées, la moyenne des trois activités non contestées conduisait au même résultat. À l'audience de comparution personnelle des parties du 23 janvier 2008, le recourant a sollicité l'audition du Dr M \_\_\_\_\_ au sujet des activités de cariste et de chauffeur-livreur. Pour sa part, l'intimée a précisé que, du point de vue médical, l'assuré n'avait été considéré comme mono-manuel ni par elle-même ni par l'assurance-invalidité, référence étant faite au rapport de stage établi par celle-ci. À l'audience d'enquêtes du 6 février 2008, le Dr M \_\_\_\_\_ a été entendu à titre de renseignement. Il a notamment déclaré que la prothèse mise en place suite à la fracture de la tête radiale droite était trop longue, de sorte que le condyle externe avait été enfoncé ; la fonction du coude s'était ensuite améliorée grâce à la physiothérapie et au traitement ; bien que le recourant lui eût fait part des difficultés qu'il éprouvait à conduire un véhicule automobile, il n'avait vu aucune raison pour qu'il ne puisse plus utiliser sa main droite : à l'occasion de son examen final, il n'avait pas constaté de fonte de la masse musculaire de

l'épaule et du bras ; il avait en revanche constaté un important déficit en supination, de trente à quarante degrés, la pronation étant complète ; il avait également constaté que les amplitudes articulaires des épaules et des poignets étaient normales, que l'extension du coude droit, qui avait un déficit de cinq degrés, s'était améliorée, et que la force de préhension était de vingt-six kilos à la main droite contre soixante-six à la main gauche, une telle baisse pouvant s'expliquer par la douleur éprouvée ; à cet égard, sauf dans les cas d'algodystrophie grave ou de douleurs neuropathiques qui nécessitent la prise d'antalgiques majeurs, il n'était pas possible de devenir mono-manuel pour cette raison ; d'autre part, s'il est exact que l'état d'un patient peut se dégrader, aucun médecin ne lui avait adressé de certificat attestant une aggravation de l'état de santé du recourant, alors qu'il est d'usage de le faire en pareille circonstance ; pour le surplus, les activités répétitives impliquant le port de charges même légères, le travail en hauteur et les coudes en extension devaient être proscrites en ce qui le concerne, étant précisé que la conduite d'un véhicule muni d'une direction assistée n'implique pas une sollicitation importante des coudes, qui sont en flexion et généralement en position de pronation ; enfin, la prise d'antalgiques mineurs n'est pas incompatible avec la conduite d'un véhicule. Au terme de l'audience, un délai au 10 mars, prolongé par la suite au 17 mars 2008, a été octroyé aux parties pour faire part de leurs observations. Par pli recommandé déposé à l'office postal le 11 mars 2008, l'intimée a notamment fait valoir ce qui suit. Il ressort des déclarations du témoin que si le recourant se comporte comme un mono-manuel, il ne peut être considéré comme tel au vu des observations médicales qui figurent au dossier ; les résultats cliniques étaient parfaitement superposables avec ceux obtenus par la CRR en juin 2005 et par le service médical de l'assurance-invalidité, et amenaient à conclure que les douleurs ne pouvaient être d'une intensité propre à justifier l'exclusion fonctionnelle présentée par l'intéressé ; d'autre part, le praticien avait exposé que, dans la mesure où les activités de cariste et de chauffeur-livreur n'imposaient ni supination ou extension totale du bras, ni sollicitation excessive de l'articulation du coude, elles étaient parfaitement admissibles ; dès lors que les conclusions du témoin reposaient sur des considérations qui prenaient totalement en compte la situation médicalement attestée du recourant, qu'elles étaient motivées et convaincantes, elle n'avait eu aucune raison de s'écarter des valeurs fournies par le descriptif des postes de travail, de sorte qu'elle persiste à conclure au rejet du recours. Par pli recommandé déposé à l'office postal le 17 mars 2008, le recourant a pour sa part fait les observations suivantes: à l'audience d'enquêtes, le Dr M\_\_\_\_\_ avait confirmé que, lors de l'examen initial, il lui avait déjà fait part des difficultés qu'il éprouvait à conduire un véhicule automobile, et que son état de santé avait pu se détériorer ; d'un rapport établi le 22 février 2008 par la Dresse L\_\_\_\_\_, il ressort que « [s]i les forces sont globalement les mêmes qu'en 2007, l'amyotrophie est très nettement visualisable et la mesure des périmètres confirme l'importance de celle-ci à droite sur tout le membre supérieur. Il semble donc qu'il y ait une détérioration de la fonction et de l'utilisation de tout le membre supérieur droit, chez un droitier, qui ne semble pas compatible avec le port de charges de plus de 2 kilos ni avec un métier demandant des mouvements répétitifs même en manutention légère. La conduite automobile est possible pour autant qu'il n'y ait pas de manœuvres importantes ni répétées » ; dans la mesure où il en va de même, mutatis mutandis, s'agissant du métier de cariste, les deux activités spécifiques retenues sont manifestement inadaptées au type de handicap dont il est affecté ; partant, il persiste dans toutes les conclusions prises dans le cadre de ses précédentes écritures. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire,

le Tribunal cantonal des assurances sociales 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 (ci-après : LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. À teneur de l'art. 1<sup>er</sup> al. 1<sup>er</sup> LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents à moins que la LAA n'y déroge expressément. À cet égard, il sied de relever que les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Conformément à l'art. 60 al. 1<sup>er</sup> LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. La décision du 16 mai ayant été reçue par le recourant le 18 mai 2007, le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la réception de sorte que, compte tenu du fait que le terme devait échoir un dimanche, il a été reporté au lundi 18 juin 2007 conformément à l'art. 38 al. 1 et 3 LPGA, applicable en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 18 juin 2007 est donc recevable. Le litige porte exclusivement sur la détermination du taux de l'invalidité du recourant, fixé à 16% par l'intimée alors que l'Office AI l'avait évalué à 34%, selon projet de décision du 4 décembre 2006 adressé en copie à l'intimé. L'art. 18 al. 1<sup>er</sup> LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, prévoit que si l'assuré est invalide à 10% au moins à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le taux d'invalidité résulte de la comparaison entre le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide et 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). Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). D'autre part, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, 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). La définition de l'invalidité est d'ailleurs, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, uniformément codifiée à l'art. 8 LPGA précité. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. À cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04). Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral des assurances a en outre précisé qu'à condition de respecter certaines exigences de procédure, la détermination du revenu d'invalidité sur la base des données salariales résultant des descriptifs de postes de travail est un procédé admis par la jurisprudence au même titre que le recours aux statistiques économiques. La détermination du revenu d'invalidité sur la base des DPT suppose cependant, en sus de la production d'au moins cinq descriptifs, 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. 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. Si l'assureur n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2). Enfin, le juge n'a pas à tenir compte des allégations du recourant qui fait valoir une aggravation de son état de santé postérieurement à la décision litigieuse (cf. ATF 129 V 1 consid. 1.2). Il appartient à celui-ci, le cas échéant, de s'adresser à l'assureur pour demander une révision de sa situation. En l'espèce, force est de constater que l'intimée s'est bornée à verser les documents requis dans son dossier (cf. supra 19), alors que les exigences de procédure précitées comprennent notamment celle de les communiquer à l'assuré, de manière à ce qu'il puisse se déterminer utilement à leur sujet. Tel a cependant été le cas au cours de la procédure d'opposition, de sorte que l'on peut admettre que les exigences de procédure posées par la jurisprudence qui vient d'être rappelée ont été respectées, bien que tardivement. Quant à leur contenu, les descriptifs de postes de travail ne donnent pas non plus entière satisfaction. Si, contrairement à ce que soutient le recourant, le descriptif du poste de cariste ne laisse apparaître aucune incompatibilité avec les limitations dont il est affligé (voir le rapport médical final du 3 octobre 2005, supra 9), celui de chauffeur-livreur prête le flanc à la critique, en ce sens qu'il suppose le port occasionnel de charges comprises entre dix et vingt-cinq kilogrammes, lequel pourrait laisser craindre l'apparition d'une fatigue ou de douleurs susceptibles d'émousser les facultés nécessaires à la conduite

automobile. De plus, même si la manœuvre du volant ou du levier de vitesse n'entraîne pas fatalement l'exécution de mouvements de supination, un risque lié aux circonstances imprévisibles de la circulation routière subsiste concrètement, qu'il ne se justifie pas d'exiger du recourant. Il convient par conséquent de considérer que le nombre de DPT requis par la jurisprudence précitée est insuffisant dans le cas d'espèce. En l'absence de descriptifs de postes de travail recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les salaires qui ressortent des enquêtes statistiques officielles (ESS ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est alors déterminante la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182). À cet égard, il sied de rappeler que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction schématique du revenu pour cause d'atteinte à la santé, mais de le faire en fonction des circonstances du cas particulier. Il s'agit en effet de déterminer, à partir des données statistiques, le revenu postérieur à l'invalidité qui correspond le mieux à ce que pourrait gagner l'assuré qui exploite ses possibilités de gain dans la mesure que l'on peut raisonnablement exiger de lui, compte tenu de sa capacité de travail résiduelle. Ce point de vue l'emporte même en ce qui concerne les autres facteurs susceptibles d'influer sur le revenu à prendre en considération, tels que le nombre d'années de service, la nationalité (la catégorie de permis de séjour) et le degré d'occupation. Dans ces domaines également, la déduction ne doit pas être automatique, mais intervenir lorsque, dans un cas particulier, il existe des indications qui prouvent que l'assuré ne peut, en raison de l'un ou l'autre de ces facteurs, exploiter sa capacité de travail résiduelle qu'avec des chances de gain inférieures à la moyenne. Pour le surplus, le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé était de 4'588 fr. par mois en 2004 (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 4'627 fr. 50 en 2005 en raison de l'évolution des salaires nominaux (indice 2004 : 1'975 ; indice 2005 : 1'992). Ce salaire hypothétique tient compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail, qui ne nécessitent pas de formation particulière, dont un nombre suffisant intègre le handicap et les limitations fonctionnelles du recourant, et représente, étant donné que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2005 (41.6 heures), un revenu d'invalidé de 4'812 fr. 60 par mois ( $4'627.50 \cdot 41.6 \div 40$ ), ou 57'751 fr. 20 par année ( $4'812.60 \cdot 12$ ). En l'espèce, le recourant ne travaillait, au moment de son accident, que depuis six mois chez son employeur, de sorte qu'il ne bénéficiait pas d'éventuels avantages liés à la longueur des rapports de travail. La pratique montre en outre que le salaire moyen des travailleurs étrangers affectés à des tâches simples et répétitives peut être, de ce fait, supérieur à la moyenne (cf. ATFA non publiés des 30 août 1999, I 193/99, 30 mars 1999, I 140/97, et 6 octobre 1998, I 39/98), de sorte que l'on ne saurait considérer que le recourant est nécessairement désavantagé par sa nationalité française. En revanche, âgé aujourd'hui de cinquante-six ans, il peut certes faire valoir de nombreuses années d'expérience, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il effectuait des travaux lourds qui sont désormais proscrits, et que l'éventail des travaux légers qu'il peut réaliser, un peu moins large que celui d'un travailleur parfaitement apte au travail, a pour conséquence qu'il doit, de ce fait, vraisemblablement compter avec un salaire légèrement inférieur à la moyenne (cf. ATFA du 28 juillet 1999, publié in VSI 1999 p. 246). Enfin, mises à part les conséquences de son accident, le recourant est en très bonne santé et sa capacité de travail est, aux dires des médecins consultés, entière pour autant que l'activité déployée soit

adaptée aux limitations constatées, de sorte qu'il n'aurait pas à subir les conséquences, pour les hommes, de l'exercice d'une profession à temps partiel. Partant, il se justifie de considérer que le recourant est en mesure d'exploiter pleinement sa capacité résiduelle de travail, avec toutefois des chances de gain inférieures de 10% à la moyenne au regard des circonstances qui lui sont particulières. Il convient par conséquent de retenir qu'il est en mesure de générer un revenu de 51'976 fr. 10 (90% de 57'751.20) par année. Sans invalidité, il pouvait, en 2005, prétendre au versement d'un salaire mensuel brut de 5'024 fr. 10 (28.30 · 41 · 4.33), soit d'un salaire annuel brut de 65'313 fr. 30 (5'024.10 · 13). Il résulte, de la comparaison des deux revenus ainsi déterminés, un taux d'invalidité de 20.42% ( $[(65'313.3 - 51'976.1) \div 65'313.3 \cdot 100]$ ), arrondi à 20% (ATF 130 V 121 consid. 3.2). Le recours devra être partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant À la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule les décisions de SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents des 14 mars et 16 mai 2007 en tant qu'elles fixent le montant de la rente sur la base d'un taux d'invalidité de 16%. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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