



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4429/2019

ATAS/1166/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 novembre 2020**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à JUVISY SUR ORGE, FRANCE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andres  
PEREZ

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, représentée par sa Division juridique, sise  
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, LUCERNE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Jeanne-Marie MONNEY

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1968, souffre d'un kératocône bilatéral diagnostiqué en 1990 (déformation de la cornée qui perd sa forme sphérique et prend une forme de cône irrégulier, selon [www.keratocone.net/definition.html](http://www.keratocone.net/definition.html)). En raison de ce trouble, son œil droit a bénéficié d'une greffe cornéenne, pratiquée à Lille en octobre 2004.
2. En 2006, l'assuré a été engagé pour diverses missions par Interactif conseils en personnel SA, succursale de Genève, dont le siège principal était à Lausanne. À ce titre, il était couvert contre les accidents - professionnels ou non - par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
3. Le 25 juin 2007, l'assuré a commencé une mission temporaire en tant que maçon chef d'équipe auprès de B\_\_\_\_\_, à Genève.
4. Le 9 juillet 2007, alors qu'il se trouvait sur un chantier de B\_\_\_\_\_, l'assuré s'est cogné l'œil droit contre une barre métallique, choc qui a provoqué une plaie perforante par rupture au niveau de la greffe cornéenne inférieure et prolapsus irien à travers la plaie ainsi qu'une expulsion du cristallin.
5. Suite à cet accident, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales au niveau de l'œil droit. Ainsi, le jour-même, les médecins de la clinique d'ophtalmologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont procédé à un repositionnement de l'iris en chambre antérieure avec suture du greffon. Le 23 novembre 2007, l'assuré a bénéficié de l'implantation secondaire d'une lentille pour aphakie (absence de cristallin) et le 26 septembre 2008, il a subi l'excision d'un bourrelet conjonctival.
6. La SUVA a pris en charge les suites de l'accident du 9 juillet 2007.
7. Les médecins ayant examiné l'assuré ont attesté d'une incapacité de travail totale dès le 9 juillet 2007. Une bonne vision pouvait être obtenue avec le port d'un verre de contact mais l'assuré avait eu des difficultés d'adaptation à cause du bourrelet conjonctival qui avait nécessité l'intervention du 26 septembre 2008. Il avait ensuite fallu attendre la cicatrisation et la réadaptation du verre de contact ce qui semblait toutefois être acquis en décembre 2008 (cf. rapport du 8 août 2007 du docteur N\_\_\_\_\_, interniste à la clinique d'ophtalmologie des HUG ; rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2008 du docteur E\_\_\_\_\_, médecin adjoint à la clinique d'ophtalmologie des HUG).
8. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, qui a estimé, dans une appréciation du 25 septembre 2008, qu'une incapacité totale de travailler n'était pas justifiée et que l'assuré devait être capable de travailler à 100% dans une activité adaptée (activité de bureau ou similaire). L'activité sur les chantiers était à proscrire en raison des risques d'infection. L'état de santé de l'assuré n'était

toutefois pas stable, dès lors qu'une nouvelle inflammation était survenue. Enfin, le médecin-conseil invitait la SUVA à exiger de l'assuré qu'il se réoriente vers une activité de bureau par exemple.

9. En raison d'un œil droit rouge et douloureux depuis quelques jours, l'assuré s'est rendu, en date du 19 janvier 2009, à la polyclinique d'ophtalmologie des HUG, où les médecins ont posé le diagnostic d'irritation conjonctivale sur lentilles de contact.
10. Le 20 janvier 2009, lors d'un entretien téléphonique avec le gestionnaire de la SUVA, Monsieur D\_\_\_\_\_, opticien, a précisé que la pose d'un verre de contact était la meilleure solution au problème de l'assuré, car elle lui permettrait de retrouver une acuité visuelle proche de 85 à 90 % contre 30 % avec des lunettes médicales, ce qui aurait empêché toute reprise d'activité professionnelle. L'assuré était porteur de lentilles d'adaptation à gauche ainsi qu'à droite et la correction oculaire devait être réglée d'ici une période de trente à quarante jours. Par conséquent, une reprise du travail dès le 5 janvier 2009 était contre-indiquée du point de vue médical. En revanche, une capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> mars 2009 était tout à fait envisageable.
11. Le 23 janvier 2009, la SUVA a informé l'assuré de la teneur de son entretien téléphonique avec Monsieur D\_\_\_\_\_ et a précisé qu'elle verserait ses prestations jusqu'à fin février 2009 sur la base de l'appréciation de celui-ci. Elle lui a en outre rappelé qu'il lui incombait de mettre en valeur sa capacité de travail par l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé.
12. Dans son appréciation du 26 février 2009, la Dresse C\_\_\_\_\_ a constaté que le kératocône bilatéral ainsi que les status après kératoplastie n'avaient aucun lien avec l'accident du 9 juillet 2007. Il n'en allait en revanche pas de même de la déhiscence de suture de cette kératoplastie et de la perte du cristallin, lesquelles étaient consécutives audit accident. De ce fait, l'œil déjà lésé avait dû être réopéré afin de permettre la réimplantation d'un nouveau cristallin et d'une nouvelle suture du kératocône préexistant. Des lentilles de contact étaient alors adaptées pour que l'assuré bénéficie d'une meilleure acuité visuelle. Le processus d'accoutumance pouvait prendre un certain temps. S'agissant de la capacité de travail, le médecin-conseil précité approuvait une reprise dans le secteur de la construction si les conditions suivantes étaient réalisées : bonne tolérance des lentilles de contact et présence d'une vision binoculaire avec un certain degré de perception de profondeur (stéréopsis). La situation professionnelle devait toutefois être appréciée différemment en fonction de l'acuité visuelle (p. ex., si elle était médiocre, cela pouvait suggérer une vision monoculaire) et des lentilles de contact (notamment s'il était impossible de porter des lentilles de contact en raison de poussières trop importantes au poste de travail). Pour pouvoir se prononcer sur la capacité de travail, le médecin-conseil susmentionné devait ainsi connaître l'acuité visuelle optimale avec et sans lentilles de contact, l'acuité visuelle optimale avec lunettes, le degré de tolérance des lentilles de contact (nombre d'heures de port toléré).

Les derniers examens réalisés par l'opticien plaidaient pour une acuité visuelle binoculaire suffisante. Toutefois, au vu de la consultation à la polyclinique d'ophtalmologie en janvier, les lentilles ne semblaient tout de même pas très bien tolérées. Cet aspect du dossier devait par conséquent encore être éclairci. En cas de stabilisation de l'état de santé de l'assuré, une reprise de l'activité professionnelle pouvait être envisagée dès le 1<sup>er</sup> mars 2009.

13. Un échange de correspondance a eu lieu entre les parties en mai et juin 2009 concernant notamment la prise en charge des divers frais.
14. Par courriel du 27 mai 2009, l'assuré a informé la SUVA qu'il avait dû se rendre en urgence aux HUG, les 19 et 26 mai 2009, en raison d'une irritation de l'œil accidenté. Toutefois, à cette dernière date, l'interniste n'avait pas pu l'examiner et lui avait fixé un rendez-vous pour le 2 juin 2009 (cf. certificat du service d'ophtalmologie des HUG du 19 mai 2009, et convocation pour le 2 juin 2009).
15. Le 3 juin 2009, l'assuré a informé la SUVA qu'il venait de subir la résection de quatre fils de sorte qu'il allait devoir rester encore une semaine sans lentilles. À cause de ces fils, il avait eu trois semaines d'incapacité de travail.
16. Dans un rapport du 9 juillet 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ a expliqué que l'acuité visuelle avec lunettes fluctuait chez l'assuré entre 0,3 et 0,8 selon les consultations. Actuellement, l'assuré présentait des sensations de type rougeur, brûlure, picotements et larmoiement de son œil droit après environ 72 heures de port de ses lentilles de contact, après quoi il devait les retirer. Il l'avait consulté, le 15 juin 2009, en raison de la persistance de l'irritation conjonctivale en rapport avec le port de lentilles. Il avait été mis au bénéfice d'un traitement de stéroïdes topiques avec absence de port de lentilles de contact pendant deux semaines. Lors de la dernière consultation le 30 juin 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ avait constaté une amélioration de la situation inflammatoire de l'œil droit, raison pour laquelle une reprise des lentilles de contact était tentée. Il allait revoir le patient prochainement pour évaluer les bénéfices de l'approche thérapeutique.
17. La SUVA a une nouvelle fois soumis le dossier de l'assuré à la Dresse C\_\_\_\_\_, qui a considéré, dans une appréciation du 3 septembre 2009, qu'une lentille de contact devait être portée uniquement au travail, soit pendant huit à dix heures, au maximum douze heures. L'affirmation du Dr E\_\_\_\_\_ concernant les 72 heures n'était pas claire, dès lors qu'on ne savait pas si cela visait le port de la lentille pendant 72 heures d'affilée ou si le problème survenait après 72 heures, soit après trois jours de port à 8 à 12 heures par jour. Cet aspect devait donc encore être vérifié. Par ailleurs, la capacité de travail définitive allait être déterminée en fonction de la tolérance aux lentilles de contact. Une bonne acuité visuelle et une bonne tolérance avaient pour corollaire une capacité de travail entière. En cas d'intolérance, le port de lunettes était nécessaire. En cas d'acuité visuelle de 8/10 avec les lunettes, la capacité de travail était entière. En cas de vision fluctuante, les travaux de précision étaient à proscrire. En cas d'absences

punctuelles en lien avec les irritations dues au port des lentilles de contact, les absences correspondant aux consultations au service d'urgence devaient être prises en charge par la SUVA.

18. Au cours du mois de septembre 2009, l'assuré a travaillé, par l'intermédiaire de One Placement SA, en tant que chef d'équipe.
19. Le dossier a une nouvelle fois été soumis à la Dresse C\_\_\_\_\_ qui a considéré, dans une appréciation du 3 décembre 2009, que le port des lentilles pendant 17 heures était trop long, une durée de 8 à 12 heures au maximum étant admissible. En cas d'ambiance poussiéreuse, il appartenait à l'assuré de porter des lunettes. En guise de conclusion, le médecin-conseil a toutefois considéré que du point de vue ophtalmologique, l'assuré présentait une capacité de travail entière depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009.
20. Le 27 janvier 2010, l'assuré a été affecté à une nouvelle mission temporaire en tant que maçon.
21. Par décision du 2 février 2010, la SUVA a mis fin au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2009. Sur la base de l'avis de son service médical, elle a considéré qu'une pleine capacité de travail était envisageable dans son activité de maçon chef d'équipe et ce dès le 1<sup>er</sup> mars 2009. Elle a également accepté de prendre en charge les frais relatifs aux lentilles de contact, aux produits d'entretien liés à celles-ci et aux consultations chez un ophtalmologue. En revanche, les frais en relation avec les lunettes relevaient de la compétence de l'assurance-maladie puisque l'assuré en aurait eu besoin même sans la survenance de l'accident.
22. L'assuré s'est opposé à la décision précitée par courrier du 24 février 2010, expliquant qu'il avait pu reprendre une activité professionnelle temporairement le 27 janvier 2010 mais qu'il ne pouvait porter des lentilles sur les chantiers. Depuis le 17 février 2010, il était sans emploi, son état de santé ne s'améliorant pas.
23. Par courriel du 1<sup>er</sup> mars 2010, l'assuré a informé la SUVA que depuis les multiples interventions subies aux HUG, il avait contracté des staphylocoques, constatés par plusieurs médecins, qui le handicapaient notamment au genou droit. Puis, par courriel du 20 avril 2010, il a encore précisé qu'il ne présentait pas en permanence des symptômes. Son généraliste ne pouvait donc pas certifier qu'il s'agissait d'un staphylocoque, raison pour laquelle il attendait d'en avoir un bien purulent pour effectuer une analyse. Il convenait par conséquent de mettre cette problématique en suspens. Cela, étant, il persistait à requérir le versement des indemnités journalières depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009, n'ayant rien perçu depuis lors et sollicitait le remboursement de divers frais.
24. Par projet de décision du 12 mars 2010, confirmé le 17 mai 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestation que l'assuré avait déposée le 3 juin 2008, au motif que le degré d'invalidité de 25%, étant insuffisant pour donner droit à une rente. Dans cette décision, l'OAI avait retenu un revenu avec invalidité fondé sur les

---

statistiques salariales officielles 2007 (*recte* 2006), niveau de qualification 4, et un abattement de 10%.

25. Dès le 15 mars 2010, l'assuré a accepté plusieurs missions temporaires, en qualité d'ouvrier de la construction (catégorie B) ou de maçon génie civil (catégorie A).
26. Le 28 juin 2010, la SUVA a confirmé sa décision du 2 février 2010, considérant en substance que l'appréciation de son médecin-conseil était probante.
27. Le 23 juillet 2010, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 28 juin 2010 (procédure A/2574/2010).
28. Parallèlement à la procédure de recours, l'assuré a annoncé, les 27 août, 6 septembre et 6 octobre 2010, des rechutes entraînant des incapacités de travail du 5 au 18 août 2010 et du 27 août au 15 septembre 2010, ainsi que durant sept jours à compter du 4 octobre 2010. Il a joint à son annonce des rapports d'analyses médicales des 21 mai 2010 et 5 août 2010 faisant état d'assez nombreuses colonies de staphylocoques dorés.
29. Par courrier du 14 janvier 2011, la SUVA a accepté de prendre en charge la rechute annoncée le 24 (*recte* 27) août 2010. Elle a admis que « les troubles de l'œil droit » ayant nécessité des soins dès le mois d'août 2010 ainsi qu'une hospitalisation dès le 19 août 2010 [étaient] en relation avec l'accident du 9 juillet 2007 ».
30. Le 25 janvier 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière par projet de décision du 14 mars 2011, confirmé le 18 avril 2011.
31. Du 21 au 30 mars 2011, l'assuré a à nouveau été incapable de travailler en raison d'un staphylocoque doré.
32. Dans le cadre de la procédure A/2574/2010, la chambre des assurances sociales a procédé à une instruction médicale complémentaire et a interrogé le docteur F\_\_\_\_\_, chef de la clinique d'ophtalmologie des HUG, lequel a confirmé, dans un rapport du 24 mars 2011, que son service avait admis une incapacité de travail les 7 avril, 15 et 16 juin 2009. Il lui était toutefois difficile de se prononcer sur l'incapacité de travail au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2009, l'assuré ayant consulté le service d'ophtalmologie à de nombreuses reprises, notamment en raison de douleurs, gêne, larmoiement, photophobie, sensation d'un corps étranger dans l'œil droit. La situation était particulière dans le cas de l'assuré. En effet, il présentait des capacités visuelles très différentes selon qu'il porte des lunettes ou des lentilles de contact. À la suite de la greffe de cornée, la surface cornéenne était irrégulière et n'était que très partiellement corrigée avec le port de lunettes. Le port de lentilles de contact rétablissait une sphéricité de la surface oculaire et permettait une meilleure qualité optique, impossible à obtenir avec des lunettes. Courant 2009, les médecins du service d'ophtalmologie avaient dû enlever des points de suture du greffon cornéen. En raison du risque infection, il avait été conseillé à l'assuré de ne pas porter ses lentilles de contact. Il était difficile de se prononcer sur une capacité

---

de travail et sur la durée précise de la limitation de ladite capacité car la mesure de l'acuité visuelle n'était qu'un des nombreux paramètres permettant d'apprécier la capacité visuelle. Selon le Dr F\_\_\_\_\_, la situation de l'assuré était complexe car pour avoir une acuité visuelle correcte, il devrait pouvoir porter des lentilles de contact et les lunettes ne suffisaient pas. Or, il souffrait d'une intolérance au port de lentilles de contact sur son lieu de travail et pendant une durée prolongée, ce qui était fréquent chez de nombreux patients. Il présentait, en outre, une récurrence possible de son problème cornéen initial (ectasie).

33. Le 21 mars 2011, l'assuré a annoncé une nouvelle rechute due à un staphylocoque doré au bras gauche qui entraînait une incapacité de travail du 21 mars au 9 avril 2011.
34. Sur demande de la SUVA, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin au service de dermatologie et de vénérologie des HUG, a précisé, dans un rapport du 4 mai 2011, que l'assuré présentait un furoncle à staphylocoque doré multirésistant (MRSA) communautaire/hospitalier avec une bonne évolution sous traitement antibiotique. Il était possible que le MRSA ait été contracté en milieu communautaire. Une décontamination était à prévoir. Si celle-ci fonctionnait, le traitement était terminé. Il ne fallait donc pas s'attendre à la persistance d'un dommage pour cet épisode. Le furoncle à MRSA était potentiellement en relation avec l'accident du 9 juillet 2007 puisque l'assuré avait subi de nombreux soins hospitaliers. Une décontamination était à organiser le 11 mai 2011.

Il a joint un rapport du 27 mars 2011 de la doctoresse H\_\_\_\_\_, médecin à la division des maladies infectieuses des HUG, consécutif à son examen du 26 mars 2011. Selon celle-ci, ce patient diabétique était sujet à des furoncles au dos, avait eu un antécédent à l'avant-bras droit traités chirurgicalement en 2010 et présentait à nouveau à partir du 18/19 mars 2011 une lésion furonculeuse à l'avant-bras droit sans aucune répercussion systémique. Cette lésion avait été incisée une première fois le 21 mars, puis une deuxième fois le 24 mars. Elle n'était apparemment pas drainable et un traitement antibiotique par Bactrim avait été instauré.

35. Par arrêt du 29 juin 2011 (ATAS/663/2011 ; procédure A/2574/2010), la chambre de céans a admis partiellement le recours du 23 juillet 2010, annulé les décisions du 2 février ainsi que du 28 juin 2010 et renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision. Elle a en substance considéré que les appréciations de la Dresse C\_\_\_\_\_ étaient dénuées de toute valeur probante, ses critères d'évaluation de la capacité de travail de l'assuré ayant notamment varié dans le temps. S'y ajoutait le fait que l'assuré présentait une possible récurrence du problème cornéen, nécessitant un essai de port de lentille de contact à support scléral. Le Dr F\_\_\_\_\_ ne s'étant pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2009, il convenait de renvoyer le dossier à la SUVA pour mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique, devant porter sur l'existence d'une incapacité de travail après le 1<sup>er</sup> mars 2009 et son lien de causalité avec l'accident du 9 juillet 2007.

36. Le 26 septembre 2011, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations d'invalidité, sur laquelle l'OAI a également refusé d'entrer en matière (cf. projet de décision du 22 novembre 2011, confirmé fin janvier 2012).
37. Faisant suite à l'arrêt précité, la SUVA a mandaté, pour expertise, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin adjoint à l'unité de neuro-ophtalmologie de l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin à Lausanne.
38. Selon une note téléphonique du 12 juin 2012, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il acceptait de se soumettre à l'expertise envisageable car son cas n'était toujours pas réglé. Il avait encore travaillé un certain temps en Suisse, mais son employeur l'avait licencié à cause de sa vue. Actuellement, il résidait à Albertville (France) et travaillait dans une usine. Il devait cependant quitter la Savoie pour Paris à la fin du mois de juillet.
39. Par courrier du 25 novembre 2012, l'assuré a informé la SUVA qu'il n'avait plus d'adresse à l'exception de celle du Lycée dans lequel il était en remplacement dans la région parisienne.
40. Après avoir examiné l'assuré le 23 novembre 2012, le Dr I\_\_\_\_\_ a établi son rapport en date du 11 décembre 2012. Il en ressort qu'à cette date, l'assuré travaillait à Paris dans une école professionnelle comme enseignant pour le gros œuvre. Il s'agissait d'un poste à l'année. Il se plaignait d'éblouissement et de lumières ponctuelles étoilées lors de la conduite automobile en cas de pluie et surtout la nuit. À l'écran, il devait souvent agrandir le texte à 200 %. Il ressentait une impression subjective de diminution constante de la luminosité. Il percevait les couleurs d'une façon différenciée interoculaire en raison de son implant à droite.

Après avoir procédé à un examen clinique, le Dr I\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics ophtalmologiques suivants : kératocône bilatéral, status après greffe de la cornée droite en 2004, status après traumatisme oculaire droit, rupture de plaie et expulsion du cristallin droit le 9 juillet 2007 et status après implantation secondaire en chambre postérieure le 23 novembre 2007. Le potentiel visuel de l'œil droit était estimé au maximum à 60 %.

S'agissant de la capacité de travail, à cause de la mauvaise vision, des poussières et des risques de traumatisme oculaire, le travail comme maçon et chef d'équipe sur un chantier était contre-indiqué. En revanche, un travail de bureau ou d'enseignement tel que pratiqué par l'assuré lui semblait être le plus adéquat. Une adaptation de lentilles SPOT permettait par ailleurs souvent d'améliorer notablement les performances visuelles des patients avec kératocône/greffe cornée.

41. Le 13 février 2013, l'assuré a précisé qu'il n'exerçait plus l'activité d'enseignant car il avait été mis en congé-maladie. Il a également relevé que le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ ne parlait pas du staphylocoque doré.
42. Le 2 décembre 2013, l'assuré a transmis à son assurance-accidents un bilan de kératoplastie daté du 25 novembre 2013.

43. Lors d'un entretien téléphonique du 15 janvier 2014, l'assuré a informé la SUVA que ses yeux ne supportaient plus les lentilles et qu'il portait donc des lunettes. Il avait récemment rencontré à Paris un professeur qui ne lui proposait rien de plus, et plus particulièrement aucune intervention en raison des risques. Ce médecin considérait en outre que le traitement effectué en Suisse était remarquable. Son contrat de durée déterminée étant arrivé à son terme, il ne travaillait plus et était à la recherche d'un nouveau poste.
44. La SUVA a soumis le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ à la Dresse C\_\_\_\_\_, laquelle a notamment diagnostiqué, dans son évaluation du 10 juin 2014, une déhiscence de suture d'origine traumatique avec arrachement de l'iris et expulsion du cristallin le 9 juillet 2007, puis implantation secondaire d'une lentille intraoculaire avec pupille et iris artificiel le 23 novembre 2007. Elle a relevé qu'elle ne disposait pas de valeurs d'acuité visuelle avant 2007. La capacité de travail de l'assuré pouvait atteindre 100 % pour autant qu'il exerce une activité appropriée (travail de bureau), car l'acuité visuelle de son œil droit variait entre 0,3 et 0,8, alors que celle de son œil gauche s'élevait à 1,0. L'état de santé n'était pas encore stabilisé. En présence de lésions aussi graves, il était conseillé d'effectuer des consultations de contrôle à vie, à un rythme annuel ou semestriel. Toutes les possibilités d'amélioration de l'acuité visuelle n'avaient pas encore été épuisées. On pouvait en effet exiger de l'assuré une adaptation d'une lentille de contact cornéo-sclérale, qui ne reposait pas sur la cornée, afin d'améliorer sa vision. Il n'était pas exigible de l'assuré qu'il retravaille dans le secteur de la construction ou du bâtiment, dans un environnement poussiéreux et avec une luminosité changeante. L'assuré pouvait toutefois exercer le travail de bureau décrit par l'expert à 100 %. L'on pouvait envisager une prise en charge financière d'aides au travail particulières, telles qu'un écran plus grand par exemple. La Dresse C\_\_\_\_\_ ne pouvait pas se prononcer sur la question de l'atteinte à l'intégrité, car elle ne disposait pas des résultats des examens effectués avant l'accident, alors que l'assuré présentait un état antérieur. Il s'agissait d'une lésion dont on devait connaître l'importance afin de pouvoir calculer la différence entre l'état oculaire actuel et celui qui existait avant l'accident.
45. Par courriel du 17 juillet 2015, la SUVA a communiqué à l'assuré l'appréciation de son médecin-conseil et lui a demandé de faire part de ses remarques, notamment de préciser s'il était toujours sous traitement et s'il portait des lentilles ainsi que de lui fournir les résultats des examens effectués avant le 9 juillet 2007.
46. L'assuré a répondu le même jour qu'il avait rencontré, le 6 juillet 2015, le professeur J\_\_\_\_\_, ophtalmologiste, selon lequel plus rien ne pouvait être fait pour l'œil droit et qu'il n'était plus possible de procéder à une topographie. Ses yeux ne supportaient pas les lentilles. Avant le 9 juillet 2007, il était titulaire d'un permis poids lourds et il n'avait pas de staphylocoque pour lequel il n'avait toujours pas été indemnisé, alors que depuis lors, il n'avait plus d'aptitude médicale à conduire de tels véhicules. Son ophtalmologue était mort et il allait peut-être prendre contact avec le professeur de Toulouse. Puis, dans un courriel subséquent du même jour, il

a encore précisé qu'après renseignement téléphonique, rien n'était « gratuit auprès des hôpitaux, donc ?? ».

47. Par courrier du 27 mai 2016, l'assuré a constaté que depuis début juillet 2015, la SUVA ne lui avait donné aucune réponse. Il lui a communiqué à nouveau les adresses des Prof. K\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_.
48. Dans son évaluation du 2 septembre 2016, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie ainsi que membre de la division médecine des assurances de la SUVA, a indiqué que le dossier était beaucoup trop incomplet pour pouvoir se prononcer sur l'atteinte à l'intégrité. Toutefois, une telle atteinte allait probablement être admise suite à l'expulsion du cristallin de l'œil droit survenue lors de l'accident du 9 juillet 2007 et l'implantation secondaire d'une lentille artificielle. Une atteinte supplémentaire en raison d'une diminution persistante éventuelle de l'acuité visuelle consécutive à l'accident pouvait éventuellement également être reconnue. Toutefois, pour pouvoir se prononcer à ce sujet, le médecin précité avait impérativement besoin des mesures d'acuité visuelle antérieures à l'accident. Ces valeurs devaient être disponibles car l'assuré avait déjà subi, dans le passé, des interventions ophtalmologiques importantes.
49. Par courriel du 22 septembre 2016, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il était sans réponse des services du Prof. K\_\_\_\_\_ qu'il avait contactés. Il a toutefois transmis un compte-rendu du 21 septembre 2016 du docteur M\_\_\_\_\_, médecin au service d'ophtalmologie de l'Hôpital d'instruction des armées à Saint-Mandé (France), dont il ressort que l'acuité visuelle à l'œil droit était de 1/20 sans correction et de 1/10 avec correction. La réfraction était de -1,5 (-9 à 70°).
50. En octobre 2016, la SUVA a reçu le bilan préopératoire du kératocône de l'œil droit, daté du 13 septembre 2004 ainsi qu'un résumé d'observation établi par les HUG consécutivement au séjour du 9 au 13 juillet 2007 suite à l'accident assuré.
51. Par rapport du 17 mars 2017, le service d'ophtalmologie du centre hospitalier régional de Lille a indiqué à la SUVA que l'assuré avait bénéficié d'une greffe de la cornée, le 14 octobre 2004, pour kératocône. En août 2005, soit onze mois après l'opération, l'acuité visuelle était à droite de 5/10 Parinaud 4 avec correction de +5,00 et à gauche de 10/10 avec (-4,50) 100° Parinaud 2.
52. La SUVA a soumis les nouvelles pièces médicales au Dr L\_\_\_\_\_ qui a comparé, dans une évaluation du 3 avril 2017, l'acuité visuelle d'août 2005 avec celle existant au moment de l'examen de l'expert le 11 décembre 2012. Au vu de la vision à droite en 2005 de 0,5 (+5,0/0/0) et en 2012 de 0,5 (-2,0/-8,0/88° avec adjonction du trou sténopéique), la vision ne s'était pas modifiée avec l'accident. Pour l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité, la question de l'acuité visuelle était déterminante. Par conséquent, il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité ophtalmologique accidentelle.
53. Par décision du 13 avril 2017, confirmée sur opposition le 8 août 2017, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Au regard de

l'appréciation de son service médical, elle a, en effet, considéré que l'assuré ne présentait pas d'atteinte importante à son intégrité physique.

54. Le 16 septembre 2017, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal lucernois, lequel a transmis la cause à la chambre de céans comme objet de sa compétence (procédure A/936/2018). Par courrier du 19 septembre 2017, l'assuré a encore précisé que faute de ressources, il ne pouvait vivre dans un appartement et que c'était de sa voiture qu'il adressait son courrier, dans lequel il contestait les décisions de la SUVA.
55. Par réponse du 17 novembre 2017, la SUVA a notamment reconnu une atteinte à l'intégrité de 8 %, compte tenu des appréciations du Dr L\_\_\_\_\_ des 20 octobre et 17 novembre 2017, jointes, concluant par conséquent à l'octroi d'une indemnité d'un pourcentage identique.
56. Par arrêt du 16 octobre 2018 (ATAS/3820/2017, A/936/2018), la chambre de céans a partiellement admis le recours et annulé la décision sur opposition du 8 août 2017, reconnaissant le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8%, avec intérêts à 5% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, compte tenu des appréciations du Dr L\_\_\_\_\_, jugées probantes.

Par ailleurs, se fondant sur l'évaluation du 10 juin 2014 de la Dresse C\_\_\_\_\_, un courriel du recourant du 17 juillet 2015 et l'évaluation du Dr L\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2016, la chambre de céans a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis au moins le 6 juillet 2015.

Enfin, la chambre de céans a relevé qu'« à réception du rapport d'expertise du 11 décembre 2012, qui [considérait] que l'activité de maçon et de chef d'équipe sur un chantier [était] contre-indiquée, l'intimée n'a procédé à aucun calcul du degré d'invalidité [de l'assuré]. En l'absence de décision sur cette question depuis près de huit ans, soit un délai qui n'est guère admissible, il y a lieu de renvoyer le dossier à [la SUVA] pour qu'elle se prononce à ce sujet. Il lui incombera également de faire le point avec [l'assuré] sur l'indemnisation des incapacités de travail qu'elle [accepte] de prendre en charge à titre de séquelles tardives puisque ce dernier soutient qu'elles n'ont pas toutes été indemnisées. Par ailleurs, bien que dans son arrêt du 29 juin 2011 (ATAS/663/2011), la chambre de céans ait annulé la décision du 2 février 2010 mettant un terme au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2009 ainsi que la décision sur opposition du 28 juin 2010 confirmant celle-ci et renvoyé le dossier à [la SUVA] pour nouvelle décision après mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique, [la SUVA] n'a jusqu'à ce jour rendu aucune décision sur cette question. Une telle inactivité confine au déni de justice ».

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans a donc partiellement admis le recours et a annulé la décision sur opposition du 8 août 2017, renvoyant pour le surplus le dossier à la SUVA pour calcul des intérêts dus, décision sur la fin du droit à l'indemnité journalière et décision sur le droit à une rente d'invalidité.

Le 11 juillet 2019, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours que l'assuré avait interjeté contre l'arrêt précité (arrêt 8C\_431/2019).

57. Faisant suite au renvoi de la cause, la SUVA a rappelé, par courrier du 13 décembre 2018, que la chambre de céans lui avait demandé de faire le point sur l'indemnisation des incapacités de travail qui n'auraient pas été allouées à l'époque. Elle a également invité l'assuré à lui transmettre un relevé d'identité bancaire (RIB) et à la renseigner sur son statut professionnel (rentier, salarié, chômeur, autres), tout en joignant les justificatifs adéquats.
58. En février 2019, l'assuré a transmis son RIB et rappelé à la SUVA qu'il avait souffert d'une maladie nosocomiale suite à son séjour aux HUG et qu'il n'avait pas été indemnisé malgré les assurances données à l'époque. Suite à l'accident et aux problèmes oculaires, il n'était plus en mesure de travailler et était condamné à vivre dans sa voiture.
59. Par courriel du 11 février 2019, la SUVA a accusé réception du RIB, tout en remarquant que l'assuré n'avait pas répondu aux points 1 et 3 du courrier du 13 décembre 2018, à savoir qu'il ne s'était pas prononcé sur les périodes d'incapacité de travail non indemnisées et son statut professionnel. Afin que l'assurance précitée puisse examiner les éventuelles prestations dues, l'assuré était prié de transmettre les pièces demandées.
60. En février 2019, l'assuré a précisé, manuscritement sur le courrier de la SUVA du 13 décembre 2018, qu'il ne disposait pas de justificatifs valables concernant les incapacités de travail non indemnisées (« des certificats pas suisses ne seront pas valables ») et qu'il mendiait (« pour vous pas valable. Je vis de la manche »).
61. Par courriel du 5 mars 2019, la SUVA a attiré l'attention du recourant que contrairement à l'idée reçue, les documents médicaux français étaient acceptés. Elle l'invitait par conséquent à établir les certificats sur la base des incapacités de l'époque, afin que celles-ci puissent être examinées et que des prestations puissent le cas échéant être allouées.
62. Faisant suite au courriel du 11 février 2019, l'assuré s'est référé, par courriel du 19 mars 2019, au courrier de la SUVA du 14 janvier 2011 concernant les incapacités dont l'assureur-accidents acceptait la prise en charge.
63. Les 29 mars et 14 mai 2019, la SUVA a demandé un RIB « lisible », les caractères du document transmis empêchant la lecture des données bancaires.
64. Par courriel du 14 mai 2019, l'assuré a contesté cette demande, les coordonnées bancaires étant parfaitement connues par la SUVA, qui tentait de tout mettre en œuvre pour ne pas le payer.
65. Le 17 mai 2019, l'assuré a finalement transmis un RIB « lisible » à la SUVA.
66. Par décision du 20 août 2019, la SUVA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 10%, d'un montant mensuel de CHF 568.05, l'assuré pouvant

---

travailler à 100% dans des activités n'exigeant pas d'acuité visuelle importante. Le revenu ainsi réalisable était évalué à CHF 71'090.- (13<sup>e</sup> salaire inclus). Ce revenu correspondait au montant du niveau de compétence 2 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, hommes 2015, moyenne horaire de 41,7 par semaine). Après comparaison avec revenu sans invalidité de CHF 79'040.- réalisable sans l'accident, la perte de gain était de 10%. Par ailleurs, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8%, soit CHF 8'544.-, lui était octroyée.

67. Le 23 septembre 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formé opposition à la décision du 2 août 2019, expliquant que le 7 mai 2010, l'OAI avait rendu une décision lui refusant toute prestation. En substance, l'office précité avait retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du 9 juillet 2007 au 28 février 2009. En revanche, il avait considéré que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. L'office précité avait donc pris en considération un revenu avec invalidité CHF 54'201.-, après abattement de 10% vu les limitations fonctionnelles, ce qui correspondait à un revenu de CHF 60'223.- sans abattement. Il en résultait un degré d'invalidité de 25% après comparaison des revenus. Cette décision était entrée en force. De son côté, la SUVA avait rendu une décision s'écartant notablement et sans raison de celle de l'OAI, le revenu avec invalidité retenu étant de CHF 71'090.-. L'assuré contestait ainsi le montant pris en considération par la SUVA en tant qu'il se fondait sur un niveau de compétence 2 (cadre supérieur et moyen). En effet, avant l'accident, il était maçon, chef d'équipe. Si un travail de bureau ou d'enseignement pouvait certes s'avérer plus approprié, il ne pouvait faire valoir son expérience professionnelle dans ces domaines. Il considérait également qu'un abattement de 10% devait être appliqué en raison de ses limitations fonctionnelles, comme l'avait fait l'OAI.
68. Par décision du 30 octobre 2019, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 20 août 2019, relevant que les Drs I\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ avaient considéré qu'un métier à vocation administrative, tel qu'une activité de bureau, ou d'enseignement était envisageable. Suite à l'arrêt du 16 octobre 2018, elle avait tenté de recueillir des certificats médicaux et de connaître le statut professionnel de l'assuré, démarches qui n'avaient pas été couronnées de succès, l'assuré s'étant limité à déclarer qu'il n'était plus en mesure de travailler et qu'il était condamné à vivre dans sa voiture. L'assuré ne rendait ainsi pas vraisemblable qu'il ne serait plus à même de travailler à 100% dans une activité adaptée. Le revenu d'invalidité ressortait de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, table TA1\_Tirage\_Skill\_level dans le secteur privé, total des branches économiques, niveau de compétence 2 (tâches pratiques telles que la vente/les soins/le traitement de données et les tâches administratives/l'utilisation de machines et d'appareils électroniques/les services de sécurité/la conduite de véhicules), adapté à un horaire hebdomadaire de 41,7 heures et augmenté de 0,4% afin de tenir compte de l'indexation. Le revenu avec invalidité, calculé de la sorte, s'élevait par conséquent à CHF 71'089.82- Quant au revenu sans invalidité, de CHF 79'040.-, il

avait été établi sur la base des chiffres de la convention nationale des ouvriers du bâtiment (CHF 6'080.- pour un chef de chantier). Après comparaison des revenus, la perte de gain et, partant le degré d'invalidité, s'élevait à 10%. Pour la SUVA, il n'y avait pas lieu de retenir un niveau de compétence 1, le recourant ayant notamment pratiqué le métier d'enseignement, qu'il avait dû interrompre pour cause de maladie. Par ailleurs, la mauvaise vision et l'intolérance aux poussières ne l'empêchaient pas d'exercer une activité à 100%. En effet, selon la jurisprudence, malgré une atteinte oculaire, de nombreuses activités professionnelles restaient accessibles, de sorte qu'un abattement ne se justifiait pas.

69. Le 2 décembre 2019, sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision sur opposition du 30 octobre 2019, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité dont le taux restait à déterminer, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

A l'appui de son recours, il a notamment reproché à la SUVA (ci-après : l'intimée) d'avoir fait totalement abstraction de la décision de l'OAI.

En outre, s'il était effectivement maçon et chef d'équipe au moment de l'accident, il ne pouvait faire valoir son expérience professionnelle dans les domaines adaptés retenus par l'intimée, à savoir dans des activités de bureau ou d'enseignement. Il ne pouvait par conséquent pas prétendre à une position de cadre supérieur ou moyen, de sorte que le salaire à retenir était celui de niveau 1, soit CHF 66'718,90. Il précisait encore que l'OAI ne lui avait octroyé aucune mesure d'ordre professionnel qui lui permettrait d'occuper une position de cadre dans une activité adaptée, raison supplémentaire pour ne pas retenir un niveau de compétence 2.

Enfin, concernant ses limitations fonctionnelles, le recourant relevait qu'il était âgé de 51 ans, qu'il souffrait d'une mauvaise vision et d'une intolérance aux poussières, ce qui avait au demeurant amené l'OAI à retenir un abattement de 10%. A ce moment-là, il était d'ailleurs âgé de 42 ans. Etant aujourd'hui dans la cinquantaine, les limitations fonctionnelles se justifiaient d'autant plus.

En conclusion, en prenant en considération un niveau de compétence 1 et un abattement de 10% comme l'avait fait l'OAI, le revenu avec invalidité s'élevait à CHF 60'047.-, ce qui conduisait, après comparaison des revenus, à un degré d'invalidité de 24,1%. Aucun motif pertinent permettait dès lors à l'intimée de s'écarter de l'appréciation de l'OAI, de sorte qu'il y avait lieu de lui opposer la présomption d'exactitude de l'appréciation précitée et de retenir un taux d'invalidité de 25%.

70. Par mémoire réponse du 21 février 2020, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. A l'appui de ses conclusions, l'assurance a notamment considéré que c'était à juste titre qu'elle s'était écartée du calcul du revenu d'invalidité tel qu'effectué par l'OAI en 2010, dès lors que l'ESS avait été révisée en 2012, ce qui

---

avait conduit à une classification différente des emplois. Dans le cas d'espèce, le recourant avait acquis une importante expérience professionnelle dans les métiers du gros œuvre, travaillant notamment en tant que maçon chef d'équipe, ce qui constituait un emploi requérant des qualifications professionnelles spécifiques. Il avait par la suite pu mettre en valeur ses compétences professionnelles dans une activité adaptée, dès lors qu'il avait exercé la profession d'enseignant des métiers du gros œuvre dans une école professionnelle, ce qui constituait à nouveau une activité nécessitant des connaissances particulières dans un domaine spécifique. C'était donc à juste titre qu'elle avait défini le gain d'invalidé sur la base d'un niveau de compétence 2. Le fait que l'OAI ne lui ait pas octroyé de mesure d'ordre professionnel ne signifiait pas que les activités exigibles se limitaient à des tâches physiques ou manuelles simples relevant du niveau de compétence 1, soit des emplois non qualifiés. En effet, vu les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ concernant l'activité exigible, vu également l'expérience et le parcours professionnels du recourant et compte tenu du fait qu'il avait pu enseigner dans une école professionnelle, il devait être considéré que celui-ci disposait des qualifications professionnelles pour exercer une activité de niveau 2. Enfin, l'assurance était d'avis qu'il n'y avait pas lieu d'appliquer un abattement sur le revenu d'invalidé. En effet, le recourant avait accès à suffisamment de postes, dans lesquels il pouvait utiliser pleinement sa capacité de travail existante, les seules limitations fonctionnelles concernant les activités dans lesquelles il serait exposé à la poussière ou qui seraient associées à des risques de traumatismes oculaires, étant précisé que l'âge ne constituait pas *per se* un motif pour procéder à un abattement, le recourant étant au demeurant âgé de 47 ans lors de l'ouverture du droit à la rente, en 2015.

71. Le 14 mai 2020, le recourant a produit sa réplique et a notamment relevé qu'une activité de bureau ou d'enseignement n'était pas nécessairement exclue du niveau de compétence 1, dès lors que selon le Tribunal fédéral, chaque domaine d'activité comportait un tel niveau. Par ailleurs, il ne bénéficiait d'aucune expérience en matière d'activité de bureau, ayant exercé jusqu'à son accident une activité manuelle dans le gros œuvre. Il ne disposait en particulier d'aucune formation qui justifierait un niveau de compétence 2. Au demeurant, le rapport d'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ du 11 décembre 2012 restait vague, ne décrivant pas le type d'activité pouvant encore être attendu, étant précisé, dans ce contexte, que l'activité de bureau nécessitait généralement de passer de longues heures derrière un écran d'ordinateur, ce qui était incompatible avec sa mauvaise vision. Il n'était, dès lors, pas prouvé qu'il était en mesure d'effectuer plus que des tâches simples. Cet aspect aurait à tout le moins dû être investigué par l'intimée. A défaut, elle ne pouvait s'écarter des constatations de l'OAI. S'agissant de l'abattement, le recourant a rappelé que tant les médecins-conseils de l'intimée que le Dr I\_\_\_\_\_ avaient préconisé la prise en charge d'aides au travail particulières, telles qu'un écran plus grand notamment. Il était par conséquent nécessairement désavantagé par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge et ayant les mêmes compétences, un potentiel employeur allant devoir acquérir du matériel particulier afin de lui permettre

d'exercer une activité. Le recourant relevait encore que son âge combiné à son handicap était fortement pénalisant aux yeux d'un potentiel employeur, dès lors qu'il était courant que des problèmes de vue apparaissent avec le temps et que ceux-ci seraient très vraisemblablement accentués par les lésions oculaires dont il souffrait, ce qui rendait encore plus difficile le fait de travailler derrière un écran. C'était donc à tort que la SUVA n'avait pas appliqué d'abattement.

72. Par duplique du 17 août 2020, l'intimée a repris ses précédents arguments, relevant encore qu'elle avait tenté, à plusieurs reprises, de faire le point sur les incapacités de travail du recourant mais que ce dernier n'avait jamais collaboré. L'assurance était en outre d'avis que le seul fait de devoir bénéficier d'un grand écran ne permettait pas encore de renoncer à classer le recourant en niveau 2. Depuis l'accident du 2007, le recourant avait retravaillé à plusieurs reprises : il avait notamment occupé divers emplois temporaires et un poste d'enseignement dans une école professionnelle. En tout état, le fait que le recourant ait exercé comme chef d'équipe avant l'accident de 2007 et qu'il ait ensuite enseigné son métier dans une école professionnelle attestait de qualifications relevant du niveau de compétence 2, lesquels faisaient référence à des domaines dans lesquels il pouvait mettre en valeur les connaissances acquises et ce malgré la prétendue absence d'expérience et de formation. C'était donc à juste titre que l'assurance avait retenu un niveau 2, qui visait des tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité ou encore la conduite de véhicules. S'agissant de l'abattement, la SUVA se référait à son mémoire de réponse.
73. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

---

## EN DROIT

1. a. En matière d'assurances-sociales est compétent le tribunal des assurances du canton de domicile de l'intéressé ou de l'une des parties (art. 58 al. 1<sup>er</sup> LPGA). Si l'intéressé ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse. Si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 LPGA). L'existence d'un for au lieu de la succursale peut être admise lorsqu'il constitue pour le litige un point de rattachement prépondérant. Tel est notamment le cas lorsque l'assuré a travaillé pour la succursale d'une société, dans un canton différent du siège principal (ATF 144 V 313 consid. 6.5).

En l'espèce, le recourant, domicilié en France, a travaillé en dernier lieu pour un employeur sis à Genève. Bien qu'il s'agissait de la succursale genevoise d'une société anonyme dont le siège principal était à Lausanne, la compétence *rationae loci* de la chambre de céans est donnée conformément à l'arrêt précité.

b. Selon 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).

La compétence *ratione materiae* de la chambre de céans est ainsi également établie.

2. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA.

Dans la mesure où l'accident est survenu en 2007, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et, plus particulièrement, sur le montant pris en considération à titre de revenu avec invalidité.
5. a. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA).

Ainsi, selon 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).

A teneur de l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Enfin, aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). 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).

En résumé, l'assureur-accidents accorde, en cas d'incapacité de travail, des indemnités journalières pendant la durée du traitement médical. En cas d'incapacité de travail permanente ou de longue durée, 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, la rente d'invalidité prend le relais et remplace les indemnités journalières et le traitement médical (KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, n° 46 ad Art. 6 LPGA ; voir également art. 10, 16 et 19 LAA). C'est le lieu de relever que le versement d'indemnités journalières exclut le versement d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et vice versa.

b. Selon l'art. 18 al. 1<sup>er</sup> LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

6. 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 réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidité (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

b. Selon le principe prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité et applicable également dans l'assurance-accidents, un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt 9C\_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1).

7. a. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la

plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

c/aa. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut alors être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1).

c/bb. Depuis la 10<sup>ème</sup> édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1\_skill\_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

Lorsque les ESS sont appliquées, 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). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées). Depuis l'ESS 2012, le Tribunal fédéral a appliqué tant la table T17 que la T1\_tirage\_skill\_level lorsque le secteur public devait également être pris en considération, la table T1 ayant notamment été retenue dans le cas d'un recourant ayant travaillé, en dernier lieu, dans un secteur public (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_409/2014 du 7 novembre 2014 consid. 8.2.1). C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1\_tirage\_skill\_level, T1\_tirage\_skill\_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (voir lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014 et David IONTA, Fixation du revenu d'invalidé selon l'ESS, ch. 68, publié in Jusletter du 22 octobre 2018). À noter que lorsque la table T17 est appliquée, il y a lieu de se fonder sur les colonnes « total » et non pas sur les colonnes en fonction de l'âge (voir lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014).

c/cc. Le choix du niveau de qualification professionnelle, en tant que facteur entrant dans la détermination du gain d'un assuré sur la base des statistiques salariales, se fonde sur l'expérience générale de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2009 du 6 mars 2009 consid. 1.2) et constitue dès lors une question de droit que le juge peut revoir librement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 732/06 du 2 mai 2007 consid. 4.2.2). Il n'est pas inutile de rappeler ici la casuistique développée par le Tribunal fédéral en matière de niveaux de qualifications. Il a notamment été précisé que l'expérience professionnelle ne suffit pas à elle seule à fonder un niveau de qualification plus élevé, dès lors que pratiquement tous les domaines requièrent un diplôme ou des formations (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_599/2016 du 15 novembre 2016 consid. 3.3). Pour un assuré ayant abandonné pour des motifs sans lien avec son accident un reclassement professionnel en qualité de technicien en bâtiment, le Tribunal fédéral a retenu que le niveau de qualification déterminant pour fixer le taux d'invalidité pouvait être établi en se fondant sur la situation qui eût été la sienne si la mesure professionnelle avait été menée à terme. L'assuré était au bénéfice d'un CAP et d'un BEP en électromécanique obtenus en France, et il avait travaillé en qualité de monteur en systèmes de ventilation, chauffage et climatisation, puis de monteur en piscine. Ainsi, sa formation et son expérience professionnelles lui conféraient des connaissances préalables dans le secteur administratif de la gestion d'immeubles, si bien qu'on ne saurait considérer qu'il ne

pourrait exercer que des tâches non qualifiées dans ce domaine. Le fait que le reclassement n'équivaille pas à une formation de technicien en technique des bâtiments n'était pas décisif dans le cas d'espèce pour écarter le niveau de qualification 3 (ou niveau 2 actuel), correspondant à des connaissances professionnelles spécialisées, dès lors que ce niveau ne saurait être subordonné à l'obtention d'un diplôme d'une école supérieure sanctionnant un plan d'études de plusieurs années (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_499/2014 du 12 août 2015 consid. 5.2). Il a été admis qu'une assurée titulaire d'un diplôme de l'École de commerce, ayant travaillé dans le domaine du secrétariat et bénéficié de cours d'informatique et de langue au cours de sa réadaptation, disposait de la formation et des connaissances professionnelles requises dans le domaine du secrétariat ou des travaux de chancellerie, de sorte que la référence au salaire statistique du niveau de qualification 3 (« connaissances professionnelles spécialisées » correspondant au niveau 2 actuel) était conforme au droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_269/2010 du 7 octobre 2010 consid. 4.2.1). Dans le cas d'une assurée ne disposant pas d'un CFC d'employée de commerce, le Tribunal fédéral a considéré que l'absence de diplôme était largement compensée par les trente années passées au service de la même entreprise en tant que conseillère au service de la clientèle privée et de cheffe de groupe, et que l'assurée disposait ainsi de qualifications professionnelles pour exercer une activité de niveau 3 (niveau 2 actuel) dans le domaine des activités financières et des assurances (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_389/2012 du 9 octobre 2012 consid. 4.3.1 et 4.3.2). Notre Haute Cour a également souligné que les salaires correspondant au niveau 3 des ESS d'avant 2012 étaient applicables lorsque la personne assurée ne disposait pas d'une formation professionnelle qualifiée, mais qu'elle était en mesure de réaliser un revenu élevé grâce à son habileté manuelle, acquise durant une activité exercée pendant plusieurs années (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_842/2014 du 4 mars 2015 consid. 2.4.3.1). Dans le cas d'un chef de chantier qui n'était plus en mesure que d'exercer à 70 % une profession épargnant son dos, le recours à une activité de niveau 3 (niveau 2 actuel) a été confirmé dès lors que ses compétences professionnelles, acquises durant sa longue activité dans un poste à responsabilité dans la construction où il supervisait de nombreux collaborateurs, pouvaient encore être partiellement mises en valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_159/2010 du 1<sup>er</sup> juillet 2010 consid. 6.3.2). Le niveau de compétence applicable à un charpentier qualifié est le niveau 3 et non le niveau 4 des ESS antérieures à 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_257/2011 du 25 août 2011 consid. 6.2). Un relieur au bénéfice d'une formation de cinq ans, disposant de bonnes ressources intellectuelles et scolaires et de bonnes facultés d'apprentissage, ayant acquis dans sa pratique une habileté manuelle, s'est également vu appliquer le niveau de compétence 3 (niveau 2 actuel) dans une activité de l'industrie manufacturière (lignes 10-33 de l'ESS 2010) (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_233/2015 du 13 octobre 2015 consid. 4.4).

d. Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le

---

plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

e. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

8. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

b. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

---

vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

c. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1).

9. a. En l'espèce, la chambre de céans relève, à titre liminaire, que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral 8C\_369/2018 du 20 novembre 2018 consid. 5.2 et 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.1). L'intimée était par conséquent en droit d'évaluer l'invalidité du recourant indépendamment de la décision rendue en matière d'assurance-invalidité.

b/aa. Les parties s'accordent sur le revenu sans invalidité de CHF 79'040.-. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter.

En revanche, elles s'opposent sur le revenu avec invalidité. Si tant le recourant que l'intimée se réfèrent aux statistiques de l'ESS, ils ne retiennent pas le même niveau de compétences :

- 
- Pour l'intimée, il convient, d'une part, de se fonder sur un niveau de compétence 2 conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_159/2010 du 1<sup>er</sup> juillet 2010, et d'autre part, de ne pas appliquer d'abattement.

En effet, l'intimée est d'avis que le recourant a acquis, antérieurement à l'accident assuré, une importante expérience professionnelle dans les métiers du gros œuvre, travaillant notamment en tant que maçon chef d'équipe. Après l'accident, le recourant avait pu mettre en valeur ses compétences professionnelles dans une activité adaptée, dès lors qu'il avait exercé la profession d'enseignant des métiers du gros œuvre dans une école professionnelle, ce qui constituait une activité nécessitant des connaissances particulières dans un domaine spécifique. Par conséquent, vu les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_, qui considère qu'une activité à vocation administrative ou d'enseignement est exigible, vu l'expérience et le parcours professionnels du recourant et compte tenu du fait qu'il a pu exercer dans une école professionnelle, l'intimée considère qu'il dispose de qualifications professionnelles de niveau 2.

L'intimée est également d'avis qu'il n'y a pas lieu d'appliquer d'abattement, dès lors que le recourant a accès à suffisamment de postes, dans lesquels il peut utiliser pleinement sa capacité de travail existante, seules des activités impliquant de la poussière ou des traumatismes oculaires étant à proscrire.

- Pour sa part, le recourant considère qu'il ne peut exercer que des activités correspondant à un niveau de compétences 1, avec un abattement de 10%.

En effet, s'il était effectivement maçon chef d'équipe au moment de l'accident, il ne pouvait faire valoir son expérience professionnelle dans les domaines adaptés retenus par l'intimée, à savoir dans les activités de bureau ou d'enseignement. Il n'avait bénéficié d'aucune mesure d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité lui permettant d'occuper une position de cadre dans une activité adaptée. Au demeurant, une activité de bureau ou d'enseignement n'était pas nécessairement exclue du niveau de compétence 1 comme cela ressortait de la jurisprudence fédérale.

S'agissant de l'abattement, tant les médecins-conseils de l'intimée que le Dr I\_\_\_\_\_ avaient préconisé des aides au travail particulières, telles qu'un écran plus grand. Par conséquent, il allait nécessairement être désavantagé par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge et ayant les mêmes compétences. Par ailleurs, l'âge combiné à son handicap était pénalisant.

b/bb. L'intimée fonde notamment son raisonnement en se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_159/2010 du 1<sup>er</sup> juillet 2010. Force est toutefois de constater que dans cet arrêt, la personne assurée était chef de chantier (*Bauleiter*) et qu'elle avait travaillé en cette qualité auprès du même employeur pendant près de dix ans avant son accident. Ce poste de responsabilité dans le secteur de la construction lui

avait notamment permis de monter une succursale pour son employeur et de diriger de nombreux employés.

Dans le cas particulier, le dossier soumis à la chambre de céans permet de retenir qu'au jour de l'accident, le recourant exerçait, par l'intermédiaire d'une agence de placement de personnel, une activité de maçon chef d'équipe, étant précisé, à ce stade, qu'un chef d'équipe travaille sous la responsabilité d'un chef de chantier. De toute évidence, le recourant exerçait une activité impliquant moins de responsabilités que celle de chef de chantier, de sorte qu'il ne présentait pas les mêmes qualifications que l'assuré concerné par l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_159/2010 susmentionné. Rien ne permet en outre de considérer que l'assuré pouvait faire valoir une longue expérience en tant que chef d'équipe. Partant, la jurisprudence fédérale susmentionnée ne saurait être applicable au recourant. Par ailleurs, selon l'art. 42 *in fine* de la convention nationale du gros œuvre, est également qualifié de chef d'équipe (CE) le travailleur qui est considéré comme tel par l'employeur, ce qui suppose qu'il n'est pas forcément titulaire des diplômes relatifs à cette fonction. Or, aucune pièce du dossier ne permet de retenir que le recourant était titulaire des diplômes pertinents. De surcroît, après l'accident assuré, le recourant a uniquement exercé des activités de maçon et non pas de chef d'équipe.

Compte tenu de ce qui précède, on ne peut prétendre sur la base du dossier, comme l'a fait l'intimée, que le recourant avait acquis une importante expérience professionnelle dans des métiers du gros œuvre et qu'il disposait de qualifications professionnelles spécialisées, pouvant être mises à contribution dans d'autres activités et permettant de lui reconnaître un niveau de compétence 2.

Suite à l'accident assuré, le recourant a, semble-t-il, tenté de reprendre une activité professionnelle. Ainsi, entre mars et mai 2010, il a travaillé en tant que maçon sur divers chantiers. Cette activité n'est toutefois pas considérée comme exigible par les médecins et le recourant a de toute évidence dû y renoncer. En juin 2012, il a travaillé dans une usine en Savoie et en novembre 2012, il était remplaçant dans un lycée en région parisienne. A part les affirmations du recourant, le dossier ne comporte aucune précision quant aux deux dernières activités exercées, au cahier des charges, au taux d'activité ou encore aux motifs ayant conduit le recourant à y mettre un terme. S'agissant plus particulièrement de l'activité d'enseignement, on ne connaît par exemple ni la matière ni le nombre d'heure enseignées. Quoiqu'il en soit, il s'agissait d'une activité tellement spécifique et ponctuelle qu'elle ne saurait être représentative du type d'activités pouvant encore être exigées du recourant.

A nouveau, rien ne permet donc de retenir une activité de niveau de compétence 2.

Partant, c'est bien un revenu correspondant au niveau de compétences 1 que l'intimée aurait dû prendre en considération. Au demeurant, cela correspond à la pratique du Tribunal fédéral, lequel a appliqué le niveau de qualification 4 (aujourd'hui niveau de compétences 1 ; activités simples et répétitives) à un

---

maçon/chef d'équipe (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_39/2011 du 22 août 2011 et 8C\_432/2011 du 7 mars 2012 ainsi qu'arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 390/06 du 6 juin 2007 et I 634/04 du 14 septembre 2005) Cela correspond également à la pratique de la chambre de céans (voir notamment ATAS/743/2019 du 21 août 2019, ATAS/669/2018 du 27 juillet 2018 ou encore ATAS/350/2018 du 24 avril 2018). Dans aucun de ces arrêts, le Tribunal fédéral ou la chambre de céans n'a considéré que l'expérience acquise en tant que maçon chef d'équipe permettait à l'assuré en question d'exercer une activité exigeant des connaissances professionnelles spécialisées, ce qui aurait justifié de retenir un niveau de qualification 3 (aujourd'hui niveau de compétences 2) pour le revenu d'invalidé.

Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est donc celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de compétences 1) dans le secteur privé, à savoir CHF 63'744.- (CHF 5'312.- x 12 ; ESS 2014, TA1, tirage skill-level, ligne « total »). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2015 (41.7 heures par semaine ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'453.12 (CHF 63'744.- x 41.7 / 40) puis à CHF 66'652.- une fois indexé à 2015 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (+ 0.3% en 2015).

b/cc. Les parties s'opposent enfin sur l'abattement, l'intimée ne l'estimant pas justifié alors que le recourant prétend à l'application d'un taux de 10 %.

Force est de constater que le Dr I\_\_\_\_\_ a préconisé un écran géant en tant qu'aide au travail, ce qui signifie que toute activité requérant une bonne vision de près et une certaine minutie est à proscrire. Cela exclut d'emblée un certain nombre d'activités dans le domaine de l'horlogerie par exemple ou en usine, lesquelles nécessitent une certaine précision et, partant, une bonne vision. En outre, des activités entraînant de la poussière ou des risques de traumatisme oculaire sont également à proscrire. Partant, dans ces conditions, l'intimée ne disposait d'aucun élément pour renoncer à un abattement. Au contraire, c'est un abattement de 10% qu'elle aurait dû appliquer afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant qui sont susceptibles de restreindre sa disponibilité sur le marché équilibré du travail (impossibilité d'exécuter des travaux de précision ; adaptations nécessaires pour d'autres activités telles que celles de bureau ; activités entraînant de la poussière ou des risques de traumatisme oculaire) et, partant, de le désavantager de manière significative par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail sans restriction médicale d'aucune sorte.

Après abattement de 10%, c'est donc un revenu avec invalidité de CHF 59'987.- qui doit être retenu.

---

c. Il s'ensuit que la perte de gain du recourant est de CHF 19'053.- par année (soit CHF 79'040.- moins CHF 59'987.-) ce qui représente 24 % du revenu sans invalidité ( $[79'040 - 59'987] \times 100 / 79'040 = 24.1 \%$  qu'il convient d'arrondir au pourcent inférieur ; ATF 130 V 121 consid. 3). Par conséquent, c'est un degré d'invalidité de 24 % que l'intimée aurait dû prendre en considération, ce qui ouvre le droit au versement d'une rente du même taux.

10. Par ailleurs, force est de constater que le dossier ne comporte aucune décision confirmant la suppression des indemnités journalières au 28 février 2009. En effet, par arrêt du 29 juin 2011 (ATAS/663/2011), la chambre de céans a annulé les décisions des 2 février et 28 juin 2010 par lesquelles l'intimée avait supprimé les indemnités journalières et lui avait déjà renvoyé la cause pour nouvelle décision. Rien n'a été effectué, l'intimée s'étant concentrée sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans son arrêt du 16 octobre 2018 (ATAS/936/2018), la chambre de céans avait déjà constaté des défaillances de l'intimée dans l'instruction du dossier et lui a renvoyé la cause pour décision non seulement sur la fin du droit à l'indemnité journalière mais également sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, l'éventualité d'un déni de justice étant même évoquée. A nouveau, aucune décision sur la fin du droit aux indemnités journalières n'a été notifiée au recourant.

Il existe donc une période, courant du 1<sup>er</sup> mars 2009 au 30 juin 2015, pour laquelle aucune décision n'a été rendue et qui n'a pas été indemnisée. Or, c'est le lieu de rappeler, dans ce contexte, que conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, le droit à l'indemnité journalière s'éteint notamment au moment de la naissance du droit à une rente. Certes, en cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, comme c'est le cas en l'espèce, le recourant pouvait être tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur (cf. art. 6 in fine LPGA). Un changement de profession suppose toutefois, d'une part, une atteinte probablement permanente à la capacité de travail dans la profession habituelle et, d'autre part, un état de santé stable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 301/02 du 1er octobre 2003 consid. 1.3 ; voir également Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire (avec des aspects de l'assurance militaire), in SBVR Soziale Sicherheit, 2016, n° 214-215). Par ailleurs, dans l'hypothèse d'un changement de profession, un délai de trois à cinq mois doit être imparti à l'assuré pour que celui-ci puisse s'adapter aux nouvelles circonstances et chercher du travail. Dans l'intervalle, l'assurance-accidents reste tenue de verser les indemnités journalières. À l'issue du délai, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré, qui se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pourcent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail

résiduelle (ATF 114 V 286 consid. 3c *in fine* et arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 31/04 du 9 décembre 2004 consid. 2.2 *in fine*). Dans ce contexte, il convient d'appliquer les principes régissant le calcul du taux d'invalidité, notamment l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et le taux d'abattement pour procéder à la comparaison (Béatrice DESPLAND, L'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé, 2012, p. 69).

Dans la mesure où l'état de santé du recourant a été considéré comme étant stabilisé en 2015 seulement, se pose la question de la poursuite du versement des indemnités journalières, cas échéant réduites, jusqu'à cette date, éventualité que l'intimée n'a jamais examinée sous cet aspect.

Comme cela a déjà été le cas en 2018, la chambre de céans renverra également la cause à l'intimée pour que celle-ci se prononce sur les indemnités journalières, éventuellement réduites, dues entre le 1<sup>er</sup> mars 2009 et le 30 juin 2015.

A noter, dans ce contexte, que le recourant a informé l'intimée de son accident dans les délais et selon les formes prescrites. De plus, il a régulièrement requis la prise en charge des suites de son accident. Partant, ses prétentions ne sauraient être prescrites (cf. art. 24 al. 2 LPGA et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_888/2012 du 20 février 2013 consid. 3 et 5).

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 30 octobre 2019 sera annulée. Il sera constaté que le degré d'invalidité du recourant est de 24%, donnant droit à une rente du même taux. La cause sera toutefois renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision sur la question des indemnités journalières, le cas échéant dues pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2009 au 30 juin 2015, une instruction complémentaire sur cette question étant réservée.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- 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).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 30 octobre 2019.
4. Constate que le degré d'invalidité du recourant est de 24% et condamne l'intimée à lui verser la rente correspondant à ce taux.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision sur la question des indemnités journalières dues entre le 1<sup>er</sup> mars 2009 et le 30 juin 2015.
6. Condamne l'intimée à verser CHF 3'000.- au recourant à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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 - RS 173.110); 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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le