

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Gutmann et Gasser, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

K. _____, à Burtigny, recourant, représenté par Me Michael Anders, avocat à Genève,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne intimée.

Art. 8 al. 1 et 16 LPGA; 18 LAA

E n f a i t :

A. K._____, né en 1946, a exercé la profession de pilote de ligne, en dernier lieu pour la société suisse X._____ AG, jusqu'au 30 novembre 2004. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 12 mai 2003, alors qu'il résidait à Riyadh (Arabie séoudite) dans le cadre de son travail, il a été confronté à un attentat à la bombe dans son quartier (explosion d'une voiture piégée). Cet attentat a provoqué la mort de plusieurs personnes, dont celle d'un steward de sa compagnie aérienne, qu'il a tenté de secourir. K._____ a lui-même été blessé par des éclats de verre.

Cet événement a donné lieu à une annonce d'accident à la CNA, par l'employeur le 26 juin 2003. Il était indiqué que K._____ souffrait de problèmes psychiques à la suite de l'attentat. Celui-ci a consulté un psychiatre, le Dr L._____, à Genève, qui a posé d'emblée comme diagnostics un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif d'intensité moyenne (rapport médical du 22 juillet 2003).

La CNA a couvert les frais de traitement (notamment les séances de psychothérapie de soutien) et les incapacités de travail.

B. Le 15 mars 2006, K._____ a été examiné par la Dresse J._____, psychiatre FMH, du service médical de la CNA à Lucerne. Cette spécialiste a rédigé son rapport d'examen le 28 mars 2006, en posant des diagnostics analogues à ceux du médecin traitant (« Restsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung ICD-10 F43.1, Depressive Episode mittelgradig ausgeprägt F32.1 ») et en retenant que l'assuré avait une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Le 2 avril 2008, la CNA (Suva Wetzikon) a informé l'avocat de l'assuré qu'aucune amélioration notable de l'état de santé ne pouvait être attendue, et partant qu'une rente d'invalidité LAA serait allouée.

C. La CNA (Suva Lucerne, division prestations d'assurance) a rendu une décision formelle le 22 octobre 2008, allouant une rente d'invalidité de 71 %, calculée sur la base d'un gain annuel assuré de 99'402 fr., avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2008. Les bases de calcul (résultat de la comparaison des revenus, avec et sans invalidité) sont les suivantes :

- revenu sans invalidité en 2008 (d'après les renseignements obtenus de l'ancien employeur) : 106'600 fr.
- revenu restant exigible (avec invalidité) : selon les enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (OFS), en 2008, le revenu annuel d'un employé avec expérience professionnelle et connaissances techniques est en moyenne de 72'134 fr. (chiffres 2006, + indexation 2007 et 2008, + prise en considération d'un horaire hebdomadaire usuel de 41.7 heures) ; pour une capacité de travail de 50 %, ce revenu est de 36'067 fr. Dans le cas de l'assuré, il faut opérer une déduction supplémentaire de 15 % (abattement, en raison des circonstances personnelles). Le revenu exigible est ainsi de 30'657 fr.
- différence entre les deux revenus (perte de revenu) : 75'943 fr., soit 71 % du revenu sans invalidité.

K. _____, représenté par son avocat, a formé opposition, en contestant principalement le taux d'invalidité de 71 % et en se référant à un certificat du Dr L. _____ attestant que sa capacité de travail n'excéderait pas 25 % dans une activité adaptée. Il a pris les conclusions suivantes :

1. Annuler la décision dont est opposition.
2. Dire que la capacité de travail de l'opposant est de 25 % à titre définitif et intégrer ce taux dans le calcul des prestations LAA.
3. Dire que l'opposant, s'agissant du revenu restant exigible, entre dans le groupe des ingénieurs, ou analogue, selon les catégories

avec lesquelles opère l'Office fédéral de la statistique, et calculer sa rente sur la base du salaire annuel y relatif.

4. Accorder à l'opposant le bénéfice de l'assistance juridique.
5. Débouter tout tiers de toute opposition.

Après le dépôt de l'opposition, la CNA a demandé un nouvel avis à la Dresse J._____. Celle-ci a rédigé le 16 septembre 2009 une « psychiatrische Beurteilung », qui figure dans le dossier de la CNA en traduction française. Ce rapport contient les passages suivants :

"Lors d'un examen de mars 2006 faisant partie du suivi de l'assuré, les questions liées aux tâches exigibles de sa part (aptitude au travail) et à une éventuelle clôture de son cas venaient à être discutées. Au chapitre du diagnostic psychiatrique, l'on décelait chez l'assuré une symptomatologie résiduelle d'un état de stress post-traumatique associée à un épisode dépressif moyen. Nous pouvons donc en conclure que la symptomatologie psychique présentée par l'assuré à ce moment-là — et, en particulier, les symptômes de stress associés à l'état de stress post-traumatique — s'était améliorée. Par contre, l'examen de mars 2006 faisait apparaître une péjoration nette de la symptomatologie dépressive par rapport au contrôle précédent. Elle s'expliquait par les facteurs suivants: licenciement de l'emploi de pilote, nécessité d'une nouvelle organisation de l'existence quotidienne, à la fois inhabituelle et sans activité professionnelle, difficultés à trouver des occupations professionnelles alternatives débouchant sur des sentiments de frustration et sur des tensions conjugales. A cette époque, l'assuré affirmait être motivé à rechercher de nouveaux horizons professionnels. A l'issue de l'examen susmentionné, il était établi que l'aptitude au travail de Monsieur K._____ dans des tâches adaptées à son état se montait à 50%.

Dans l'intervalle, de nouvelles pièces se sont ajoutées au dossier; nous les résumons ici. Il s'agit essentiellement d'attestations médicales émanant du psychiatre traitant de l'assuré. Dans son certificat du 03.10.2005, le Dr. L._____, médecin traitant de Monsieur K._____, indiquait que son patient était en mesure d'exercer son métier de pilote, exception faite de vols dans l'ensemble du Moyen Orient. Une année plus tard, le Dr L._____ précisait dans son certificat d'octobre 2006 que l'assuré se trouvait dans un mauvais état psychologique suite à son licenciement; il estimait qu'il était judicieux de renvoyer les mesures professionnelles prévues à une date ultérieure, c'est-à-dire au début de l'année 2007.

L'assuré faisait l'objet d'une annonce auprès de l'assurance-invalidité (AI) en décembre 2006. Le Dr L._____ certifiait à Monsieur K._____ une inaptitude au travail de 75% pour la période du 01.01.2007 au 31.03.2007 et pour celle du 31.03.2007 au 30.06.2007. Dans un nouveau rapport du 30.05.2007, le Dr L._____ indiquait que Monsieur K._____ continuait à souffrir d'un état de stress post-traumatique ainsi que d'un épisode dépressif récidivant de gravité moyenne. Il précisait que l'assuré avait dû

interrompre son travail dès le mois de février 2004 sans être en mesure de le reprendre par la suite. Toutefois, l'état de santé de Monsieur K._____ s'était amélioré plus tard de manière progressive et il avait pu retravailler à partir de janvier 2007; il s'agissait d'une occupation à 25% consacrée à la préparation de cours dans une école du vin. Selon le Dr L._____, l'on pouvait s'attendre à ce que le rendement de l'assuré s'accroisse au fil des mois pour atteindre 50% (il était prévu de passer à ce pourcentage — à titre d'essai — à partir du 30.06.2007). A la rubrique des remarques, le Dr L._____ rappelait — comme il l'avait déjà fait précédemment — que l'assuré était apte à exercer son métier de pilote pour autant que les vols à destination du Moyen-Orient soient exclus de son cahier des charges. Le Dr L._____ prolongeait la période d'inaptitude au travail à 75% de son patient du mois de juillet au mois de septembre 2007 dans un certificat daté du 26.06.2007.

[...]

Le Dr L._____, médecin traitant, mentionnait le 30.10.2007 que l'assuré était en mesure de reprendre le travail à 50% dès le mois de janvier 2007, sans que ce taux d'occupation puisse pour autant être accru.

[...]

Dans une lettre adressée le 19.05.2008 au représentant légal de l'assuré, le Dr L._____, psychiatre traitant, rappelait qu'il avait établi — dans son certificat du 30 05 2007 — que la capacité de travail de l'assuré ne devait pas dépasser 50%. Le Dr L._____ déplorait que l'état de santé de Monsieur K._____ ne se soit pas amélioré dans l'intervalle, comme on pouvait l'espérer. L'aptitude au travail certifiée à l'assuré se montait — à cette date — à 25% pour une durée indéterminée. Le 24.06.2008, le Dr L._____ accordait à Monsieur K._____ une incapacité de travail de 75% du 01.07.2008 au 30.09.2008. Nous disposons d'un autre certificat d'inaptitude au travail de 75% pour la période de janvier à mars 2009.

[...]

Dans un courrier qu'il adressait en mai 2008 à l'avocat de l'assuré, le Dr L._____ considérait que l'aptitude au travail de Monsieur K._____ n'était que de 25%. Le certificat dont nous disposons ne mentionne ni données cliniques, ni diagnostics psychiatriques susceptibles de justifier une telle restriction de la capacité de travail. En résumé, nous ne disposons pas dans le cas présent de nouvelles constatations permettant de réapprécier la capacité de travail de l'assuré."

La CNA (Suva Lucerne, secteur oppositions) a rendu le 25 septembre 2009 une décision rejetant l'opposition. Selon cette décision, il faut reconnaître une entière valeur probante à l'appréciation de la Dresse J._____ (capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée).

S'agissant de la comparaison des revenus et du calcul du degré d'invalidité, la décision sur opposition reprend les éléments de la première décision.

D. Par mémoire du 28 octobre 2009 adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève, K. _____ a recouru contre la décision sur opposition en prenant les conclusions suivantes :

Préalablement :

Ordonner à l'intimée de traduire en français l'appréciation psychiatrique du 16 septembre 2009, effectuée en langue allemande par la Dresse J. _____, et jointe à la décision dont est recours.

Principalement :

1. Annuler la décision du 25 septembre 2009 de l'intimée.
2. Condamner l'intimée à verser au recourant une rente basée sur une capacité de travail définitive de 25 % et sur un revenu exigible fondé statistiquement sur la catégorie des ingénieurs, ou analogue.
3. Condamner l'intimée à mettre le recourant au bénéfice de l'assistance juridique pour la procédure d'opposition.
- 4.-5 [...]

Le 18 novembre 2009, la CNA a déposé ses déterminations. Elle conclut à l'irrecevabilité partielle du recours et à son rejet pour le surplus. Selon la CNA, le recours est irrecevable en tant qu'il concerne l'assistance judiciaire dans la procédure d'opposition car cela ne ferait pas partie de l'objet du litige. Quoi qu'il en soit, la CNA a précisé, dans cette écriture, qu'une décision statuant sur la question de l'assistance juridique interviendrait prochainement.

Sur le fond, la CNA s'est référée à la décision sur opposition, en précisant ce qui suit à propos des données des statistiques salariales

de l'OFS (salaire exigible avec invalidité) : compte tenu de la formation et de l'activité de pilote de l'assuré, la CNA s'est référée au salaire correspondant au niveau de qualification 3 ; la CNA ne s'oppose pas à une détermination du revenu d'invalidé à partir d'une catégorie supérieure, ce qui ne serait pas injustifié mais qui aurait pour seule conséquence un rehaussement du revenu d'invalidé, donc une réduction du taux d'invalidité. Les statistiques OFS (tableaux des salaires bruts) distinguent en effet 4 niveaux de qualification : 1 = travaux les plus exigeants et tâches les plus difficiles ; 2 = travail indépendant et très qualifié ; 3 = connaissances professionnelles spécialisées ; 4 = activités simples et répétitives. Dans chaque secteur de l'économie, le salaire statistique pour les niveaux 1 et 2 est plus élevé que pour le niveau 3.

E. Par un arrêt du 1^{er} décembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève s'est déclaré incompétent *ratione loci* - vu le domicile du recourant - et a transmis la cause à la Cour de céans, qui a poursuivi l'instruction. La possibilité a été donnée au recourant et à la CNA de déposer des observations complémentaires. Ni l'un ni l'autre n'ont modifié leurs conclusions. Cela étant, dans son écriture du 10 mars 2010, le recourant expose qu'il a reçu de la CNA un formulaire en vue du traitement de sa demande d'assistance juridique, et que la décision sur ce point n'a pas encore été prise.

Le recourant a produit un dernier certificat du Dr L. _____, du 28 juin 2010, qui atteste de son incapacité de travail à 75 % pour la période actuelle.

E n d r o i t :

1. Le recours, adressé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) à un tribunal cantonal des assurances incompétent *ratione loci* (art. 58 LPGA), puis transmis d'office au tribunal compétent, est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le requérant se plaint de n'avoir pas obtenu de la part de la CNA une décision sur sa requête tendant à l'octroi de l'assistance juridique pour la procédure d'opposition (conclusion 4 de l'opposition et conclusion 3 du recours). Or, comme cela ressort de la réponse, cette question est traitée séparément par l'institution d'assurance, qui s'est engagée à rendre une décision prochainement. Le requérant a présenté à nouveau sa requête sur un formulaire ad hoc.

Le requérant ne prétend pas qu'il serait contraire au droit fédéral de statuer séparément sur l'opposition, d'une part, et sur la requête d'assistance juridique, d'autre part. Comme la contestation est limitée au contenu de la décision sur opposition, le Tribunal cantonal n'a pas, à ce stade, à se prononcer sur l'assistance juridique. Pour autant que le requérant maintienne son grief – ce qui est douteux vu ses explications dans sa dernière écriture –, celui-ci serait mal fondé, étant donné que l'on ne peut pas considérer que la décision sur opposition serait lacunaire ou irrégulière, de ce point de vue.

3. Le requérant critique la décision attaquée qui retient un degré d'invalidité de 71 % quand bien même son médecin traitant atteste d'une incapacité de travail de 75 %.

a) 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 (art. 18 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation du taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA; TF 8C_499/2009 du 6 octobre 2009, consid. 2.1;

Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, n. 165 p. 898).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V

351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

c) Le recourant soutient, en substance, que l'évaluation médicale de son incapacité de travail par son psychiatre aurait dû être retenue, plutôt que celle de la psychiatre de la CNA.

L'évaluation de la psychiatre de la CNA repose sur un examen du recourant, en 2006. D'après le dossier, sa situation n'a pas évolué de manière significative jusqu'à la décision sur opposition, en particulier en ce qui concerne l'état dépressif. Comme la psychiatre de la CNA l'expose dans son rapport de 2009, le psychiatre traitant a lui aussi évalué à plusieurs reprises l'incapacité de travail à 50 %. Celle-ci a toutefois varié au cours du temps. A cet égard, on s'étonne du fait que le psychiatre traitant a retenu en 2007 une capacité de travail de 50 %, avant de

l'évaluer à 25 % en 2010. Les derniers avis écrits du Dr L._____ ne donnent en effet pas d'indications claires ni précises sur une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique, propre à réduire encore (de 50 à 25 %) la capacité de travail. On s'étonne aussi que le psychiatre traitant n'apporte aucun argument médical justifiant une incapacité de travail plus élevée que celle retenue par la Dresse J._____, laquelle explique les raisons pour lesquelles elle retient une capacité de travail de 50 %. Les constatations de la psychiatre de la CNA (diagnostic, caractéristiques de la dépression, etc.) ne sont pas contestées par le recourant, si ce n'est sur l'évaluation de l'incapacité de travail (50 ou 75 %). Il y a donc lieu de considérer que l'avis du psychiatre de l'assurance l'emporte sur celui du psychiatre traitant. C'est donc à juste titre que la CNA, dans la décision attaquée, a calculé le taux d'invalidité en fonction d'une incapacité de travail de 50 %.

4. En ce qui concerne les autres éléments pris en compte dans la détermination du taux d'invalidité, le recourant ne présente qu'un seul grief : il soutient que la CNA aurait dû choisir « un revenu exigible fondé statistiquement sur la catégorie des ingénieurs, ou analogue ». Le recourant ne critique donc ni la détermination de son revenu annuel sans invalidité, ni la fixation du revenu d'invalidité sur des bases statistiques (niveau des salaires selon l'OFS), ni le taux d'abattement de 15 %.

Comme le relève la CNA dans sa réponse, elle pouvait opter, dans les statistiques OFS, entre deux niveaux de qualification : le niveau 2 (pour les personnes pouvant accomplir un travail indépendant et très qualifié) ou le niveau 3 (pour les travailleurs disposant de connaissances professionnelles spécialisées). Appréciant la situation concrète du recourant, elle a retenu le niveau 3, ce qui se révèle plus favorable en définitive pour l'assuré dans l'opération de comparaison des revenus (la différence entre le revenu sans invalidité et le revenu statistique du niveau 3 est plus importante que si le niveau 2 avait été retenu ; partant, la proportion entre cette différence et le revenu sans invalidité est elle-même plus élevée). Vu la formation et les qualifications du recourant, les deux solutions - la plus favorable ou la moins favorable à l'assuré -

entraient effectivement en considération. Mais en choisissant la solution la plus favorable, et en déterminant sur cette base un taux d'invalidité de 71 %, la CNA n'a pas fait un mauvais usage de son pouvoir d'appréciation et n'a par conséquent pas violé le droit fédéral.

5. Il résulte des considérants précédents que les griefs du recourant sont mal fondés et que son recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 25 septembre 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Michael Anders, avocat (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :