

GE_GERICHTE ATAS/104/2020 vom 17. Februar 2020

GE Cour de justice, 2020-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_104_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/104/2020 du 17 février 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/104/2020 del 17 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1

La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont déjà été admises dans l'ordonnance du 23 mars 2018 (ATAS/261/2018), qui a également délimité l'objet du litige. On peut y renvoyer.

E. 2

La loi sur l'assurance-accidents (LAA – RS 832.20) a subi une modification, entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Conformément aux dispositions transitoires, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit pour les accidents survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification. Les dispositions légales seront ainsi citées dans leur teneur jusqu'au 31 décembre 2016, dès lors que l'accident a eu lieu avant cette date.

E. 3

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGGA).

E. 4

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

E. 5

L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8

LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée

A/3518/2017 - 33/44 - par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).

E. 6

À teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3 1ère phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi

A/3518/2017 - 34/44 - (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2). L'évaluation incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1).

E. 7

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_482/2014 du 6 mai 2015 consid. 3). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1).

E. 8

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral 8C_339/2007 du 6 mai 2008 consid. 2.1).

A/3518/2017 - 35/44 - En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Il

convient de s'attacher non pas à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Ainsi, lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale, sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, telle qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/99 du

E. 10

Le Tribunal fédéral a récemment établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant

A/3518/2017 - 38/44 - compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1). Dès lors qu'il s'impose de soumettre tous les tableaux cliniques sans substrat organique objectivable et sans étiologie ou pathogenèse claire aux mêmes exigences en droit des assurances sociales, les modifications résultant de la jurisprudence précitée en matière d'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité s'appliquent également dans l'assurance-accidents. Cela présuppose toutefois l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et ces

troubles (ATF 141 V 574 consid. 5.2).

E. 11

Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail ; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). La prise en compte des gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_676/2007 du 11 mars 2008 consid. 3.3.2). Les revenus réalisés dans des activités accessoires ne sont pris en compte dans le revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'assuré aurait continué, selon toute vraisemblance, à les percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, la prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_274/2009 du 3 décembre 2009 consid. 6 et les références). S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la

A/3518/2017 - 39/44 - statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

E. 12

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 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V

193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

E. 13

S'agissant des expertises et rapports médicaux, la chambre de céans a déjà exposé pour quels motifs les rapports des médecins traitants, de l'ergothérapeute et du Dr S_____ ne pouvaient se voir reconnaître valeur probante. Il n'y a pas de motif de revenir sur cette appréciation. On peut également confirmer que les rapports des Drs Q_____ et R_____ ne doivent pas être analysés plus avant, eu égard à la nature neurologique de l'atteinte. Au demeurant, il n'existe aucun diagnostic de nature psychique, tant selon l'expert que le Dr M_____, et le recourant n'allègue pas non plus l'existence de troubles invalidants de cette nature. Quant à l'expertise des Drs T_____ et U_____, telle que complétée par le rapport du 12 septembre 2019, elle est conforme aux exigences de la jurisprudence en matière de rapports médicaux. Elle a en effet été établie après que les experts ont pris connaissance du dossier, elle contient une anamnèse complète et relate les plaintes rapportées par le recourant. Les diagnostics ont été posés à l'issue d'un examen clinique et ses conclusions sont motivées. Elle doit ainsi se voir reconnaître pleine valeur probante. Ces experts ont retenu – hormis le CRPS de l'index gauche répondant aux critères diagnostiques de Budapest – une propagation d'origine indéterminée au membre supérieur gauche, et des douleurs chroniques de l'hémicorps gauche, également d'origine indéterminée. Au vu de l'impossibilité de définir au degré de la

A/3518/2017 - 40/44 - vraisemblance prépondérante leur origine, on ne peut retenir de lien de causalité naturelle entre ces douleurs – qui ne sont au demeurant pas objectivables, comme l'ont souligné à plusieurs reprises les Drs T_____ et U_____ – et l'accident. Le seul fait qu'elles se soient manifestées après l'accident ne suffit en particulier pas à établir un tel rapport de cause à effet avec cet événement (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc ») (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2018 du 7 novembre 2018 consid. 4 et les références). En outre, ces douleurs ne sont objectivées par aucun substrat organique. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 4.1). Demeurent réservés les cas où les troubles somatoformes douloureux sont invalidants selon les critères nouvellement développés par la jurisprudence et rappelés ci-dessus. La reconnaissance du caractère invalidant présuppose toutefois, comme cela ressort de la jurisprudence, l'admission d'un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre ces troubles et l'accident. Or, dans le cas d'espèce, même à supposer qu'un lien de causalité naturelle puisse être retenu entre l'accident et les douleurs chroniques du recourant, un lien de causalité adéquate devrait être écarté à l'aune des critères pertinents, qui pour la majorité ne sont pas réalisés. En premier lieu, l'accident peut tout au plus être considéré comme de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. C'est en effet dans cette catégorie que la jurisprudence a classé

les événements suivants : blessures du bout des doigts et du poignet par la lame d'une tondeuse ; coupure des doigts II à IV aux articulations proximales par un câble en acier ; déchirure d'un tendon du pouce gauche et d'un faisceau nerveux par un tesson de bouteille ; lésions nerveuses et tendineuses occasionnées par une fraiseuse ; traumatisme par écrasement avec déchirures de tendons et fracture d'un doigt, causé par le rouleau d'une presse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.2 et les références). Or, l'amputation de la pulpe de l'index subie par le recourant apparaît clairement moins grave que les lésions précitées. En outre, l'accident ne s'est pas déroulé dans des circonstances particulièrement dramatiques, puisqu'il s'agit d'une blessure subie lors de la manipulation d'un outil, dans un contexte professionnel, sans qu'un événement particulier n'ait été rapporté. La lésion subie, une plaie au doigt, n'est en soi pas d'une gravité particulière, ni de nature à entraîner des troubles psychiques (pour une casuistique sur l'admission de ce critère, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.2.1). En effet, le recourant n'a jamais dû craindre pour

A/3518/2017 - 41/44 - sa vie et n'a pas été sévèrement touché à un organe important. La lésion n'a pas entraîné de traitement médical particulièrement long, et aucune erreur dans le traitement médical n'est établie. Quant à l'incapacité de travail, elle s'apprécie non seulement au regard de la profession antérieure mais aussi d'une activité adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). Compte tenu du fait que les médecins ont admis qu'une activité adaptée était compatible avec son état de santé – le Dr H_____ s'étant prononcé dans ce sens le 10 octobre 2013 – on peut se demander si ce critère est réalisé. La question peut toutefois rester ouverte, dès lors que même en cas de réponse affirmative, seuls trois critères – dont ceux afférents aux douleurs persistantes et aux complications lors de la guérison, liées en l'espèce à l'apparition du CRPS – pourraient être admis, ce qui est insuffisant compte tenu de la qualification de l'accident. Partant, l'intimée ne répond pas des douleurs non objectivées du recourant, et doit uniquement prendre en charge les suites du CRPS de l'index gauche. Or, les experts n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle liée à cette atteinte, qui n'entrave selon eux pas la capacité de travail du recourant en qualité de menuisier. S'agissant de la réserve tenant à la meilleure gestion des douleurs, on ne saurait y voir un obstacle à la mise en valeur de la capacité de travail du recourant puisque, comme on l'a vu, l'intimée n'en répond pas. Les mesures préconisées par les experts à cette fin sont en outre exigibles du recourant, eu égard à son obligation de diminuer le dommage, généralement applicable dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 460 consid. 4.2). Quant aux éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, il suffit de rappeler que l'assureur-accidents n'alloue pas de telles prestations (ATF 134 V 189 consid. 2.3). A suivre les experts, elles ne sont d'ailleurs pas nécessaires puisque l'activité de menuisier est compatible avec la lésion causée par l'accident. Les DPT réunis par l'intimée ne requièrent du reste pas de formation particulière. En outre, le suivi du recourant dans sa vie quotidienne pour confirmer l'inutilité de sa main gauche suggéré par les experts n'est pas indispensable, dès lors que l'assurance-accidents ne répond pas d'une éventuelle incapacité à accomplir les activités dans le ménage. Le recourant ne conteste du reste pas expressément les conclusions des Drs T_____ et U_____. Il a certes formulé plusieurs questions, qui pour l'essentiel trouvent réponse dans les rapports de ces experts. Pour le surplus, ces questions tendent à réinterroger les experts sur le lien de causalité entre ses troubles et l'accident, alors même qu'ils se sont déjà déterminés sur l'existence au degré de la vraisemblance prépondérante d'un tel lien. S'agissant en particulier de la nécessité d'un ENMG pour

confirmer le diagnostic de CRPS, cette question a été implicitement résolue, puisque les neurologues du CHUV ont retenu cette atteinte pour l'index gauche et qu'ils ont exposé clairement que l'examen clinique suffisait à écarter des lésions neurologiques au membre supérieur gauche. Quant à la distinction entre la maladie de Sudeck atypique évoquée par le Dr Q_____, l'algodystrophie et le CRPS, on voit mal la portée que le recourant entend lui A/3518/2017 - 42/44 - donner puisque c'est en définitive un CRPS qui a été retenu par les experts neurologues. Enfin, s'agissant de la reconnaissance par la jurisprudence du caractère invalidant du CRPS, il suffit de souligner que l'arrêt vaudois invoqué par le recourant (arrêt 2017/236 du 2 mars 2017 de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud) a précisément retenu que cette atteinte n'entravait pas l'exercice d'une activité adaptée par l'assurée concernée. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans se ralliera aux conclusions des Drs T_____ et U_____.

E. 14

En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité du recourant, la chambre de céans relève en préambule que l'intimée n'est pas liée par la décision de l'OAI, dès lors qu'elle ne répond pas de l'ensemble des troubles du recourant, mais uniquement de ceux qui ont été causés par l'accident assuré. A suivre les experts judiciaires, le degré d'invalidité est nul, compte tenu de la pleine capacité de travail du recourant en tant que menuisier. Par surabondance, même s'il fallait retenir que seule une autre activité adaptée est possible, nonobstant les conclusions de ces experts, la comparaison des revenus conduirait en toute hypothèse à la négation du droit à une rente. Au sujet du calcul du revenu sans invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 59'103.-, soit CHF 25.59 par heure, multiplié par 2132 heures, plus une indemnité de 8.33 %. Cependant, le revenu de CHF 25.- par heure en 2015 se monte à CHF 25.66 indexé à 2015, et à CHF 27.80 compte tenu du supplément de 8.33 % pour 13ème salaire. Quant au nombre d'heures à prendre en compte, il s'agit de 2184 par année (soit 52 semaines à 42 heures). Le revenu sans invalidité s'élève ainsi à CHF 60'709.70. En ce qui concerne le revenu après invalidité, l'intimée l'a fondé sur cinq DPT correspondant à des postes exigeant pour certains l'usage des deux mains. Si l'on s'en tient au revenu moyen de ces activités, soit CHF 56'698.40, le degré d'invalidité est de 6.61 %. Même s'il fallait admettre, en dépit de l'avis des médecins, que l'atteinte à l'index ne permet plus que les activités monomanuelles, le taux d'invalidité resterait inférieur au seuil de 10 %. En effet, il y aurait alors lieu de fixer le revenu d'invalidité en référence au salaire statistique tiré d'activités simples et répétitives de l'ESS (niveau 4 jusqu'à l'ESS 2010 et niveau 1 dès l'ESS 2012), dont la jurisprudence admet la pertinence dans le cas d'activités monomanuelles légères (arrêts du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et 8C_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3), l'exercice d'une activité non qualifiée exclusivement monomanuelle n'étant en outre pas considéré comme irréaliste sur un marché équilibré du travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et 8C_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3). Ce revenu était de CHF 5'312.- par mois et CHF 63'744.- par an en 2014. Une fois indexé à 2015 et adapté à la durée normale de travail, il s'élève à CHF 66'652.- en 2015. En appliquant un abattement de 15 % afin de tenir compte

A/3518/2017 - 43/44 - des limitations fonctionnelles, le revenu après invalidité est de CHF 56'654.-. La comparaison de ces revenus aboutit à une perte de gain de 6.68 %. Partant, c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit à une rente du recourant dès le 1er avril 2015.

E. 15

Reste à trancher le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Les experts judiciaires se sont sur ce point écartés de la position des précédents experts pour nier toute indemnisation à ce titre. Il n'existe ici aussi aucun motif de revenir sur la valeur probante de leurs conclusions, selon lesquelles l'absence de limitation fonctionnelle découlant de l'amputation de la pulpe ne donne pas droit à une indemnité. L'argumentation du recourant, qui conclut à une indemnité de 40 % correspondant à la perte partielle d'un bras, ne peut être suivie dès lors que les douleurs alléguées, justifiant selon lui un tel taux d'indemnisation, ne sont pas en lien avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante. Cependant, l'intimée a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % dans la décision litigieuse, et elle n'a pas conclu à sa réformation au détriment du recourant sur ce point, de sorte que la chambre de céans renoncera à revenir sur cet élément.

E. 16

Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimée doit être confirmée dans son résultat. Par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), compte tenu de la valeur probante des rapports des experts judiciaires, la chambre de céans renoncera à l'audition des témoins requise par le recourant.

E. 17

Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/3518/2017 - 44/44 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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