

GE_GERICHTE ATAS/13/2019 vom 14. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_13_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/13/2019 du 14 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/13/2019 del 14 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante 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.

E. 4

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).

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité selon la LAA, singulièrement sur son taux d'invalidité, et sur son droit à une indemnité pour IPAI, singulièrement le taux à retenir pour la fixation de cette indemnité.

E. 6

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par

accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA). 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. 24 ss LAA).

A/734/2018 - 12/28 - Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) 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). Selon 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 à 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 LPGGA ; voir également art. 10, 16 et 19 LAA). A noter qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 in fine LPGGA). b. L'assuré invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'accident a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 8 al. 1 LPGGA auquel l'art. 18 al. 1 LAA renvoie, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Par incapacité de gain, il faut entendre, aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGGA 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.

E. 7

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

A/734/2018 - 13/28 - Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b): a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

A/734/2018 - 14/28 - b. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de

celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). Cependant, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Selon la jurisprudence, une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.1). Toutefois, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion ou les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal, l'assureur-accidents ou un office AI (ATF 125 V 351 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée A/734/2018 - 15/28 - par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 8

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).

E. 9

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

E. 10

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas

A/734/2018 - 16/28 - (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 11

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 12

En l'espèce, la décision entreprise se fonde sur l'appréciation médicale de la Dresse F_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, membre du centre de compétences de médecine des assurances de la CNA, qui s'est prononcée sur ce dossier et en particulier au sujet du rapport d'expertise privée du Dr E_____, produit par l'assuré à l'appui de son opposition. Dans le cadre du recours, l'assuré considère que l'avis de ce dernier doit être préféré à celui du médecin de l'assurance-accidents. Il y a lieu, dès lors, au vu de la jurisprudence précitée, de déterminer si l'avis du médecin de l'intimée peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il est constant que l'appréciation médicale de la spécialiste de l'intimée est fondée sur la seule base du dossier de la CNA. Selon la jurisprudence, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références), pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré

(RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. Tel est le cas en l'espèce. Ce rapport, établi par un spécialiste, est fondé sur l'étude fouillée du dossier, l'anamnèse détaillée qui s'y trouve consignée, une parfaite connaissance de l'évolution du cas depuis l'accident, diverses appréciations médicales se fondant quant à elles sur l'examen personnel de l'assuré, notamment la plus récente, soit l'évaluation du Dr E_____. Les conclusions de la Dresse F_____ sont cohérentes, sérieusement motivées, et ne contiennent pas de contradictions; aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. La spécialiste a notamment expliqué dans le détail les raisons pour lesquelles elle s'écartait, le cas échéant, des conclusions de ses confrères, que ce soit du médecin d'arrondissement ayant précédemment examiné l'assuré et procédé à des appréciations médicales à plusieurs étapes de l'instruction du dossier par l'administration, ou encore du Dr

A/734/2018 - 17/28 - E_____. De même a-t-elle indiqué les raisons pour lesquelles elle rejoignait – partiellement - l'avis du Dr E_____. La chambre de céans considère dès lors que l'appréciation médicale de la Dresse F_____ remplit toutes les conditions jurisprudentielles requises pour que puisse lui être attribuée une pleine valeur probante – même si ces conditions sont restrictives, s'agissant d'une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, dont la décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social. Il est indéniable en effet que le Dr E_____ est un spécialiste reconnu, dont l'avis peut également se voir attribuer un caractère probant: toutefois en l'espèce il ne laisse pas subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation de la Dresse F_____, comme on le verra dans le détail par rapport aux arguments et griefs soulevés par le recourant.

E. 13

Dans ces conditions, la chambre de céans estime qu'il n'est pas nécessaire de procéder préalablement, comme y conclut le recourant, à l'audition du Dr E_____, et pas davantage à une expertise médicale sur la question des limitations fonctionnelles et du taux d'IPAI.

E. 14

On rappellera que la décision sur opposition du 30 janvier 2018 admet partiellement l'opposition interjetée par l'assuré qui contestait l'octroi d'une rente d'invalidité de seulement 20 % et d'une IPAI de 5 %. Se fondant sur l'appréciation de la Dresse F_____ qui admettait partiellement l'avis du Dr E_____, la CNA a légèrement augmenté le taux de la rente d'invalidité allouée, en le portant à 21 %, et en portant le taux de l'IPAI à 7,5 %. Le recourant estime pour sa part que, conformément à l'évaluation de son expert privé, le taux de la rente d'invalidité aurait dû être porté à 35 %, et le taux de l'IPAI à 20 %. Il y a dès lors lieu d'examiner dans un premier temps ce qu'il en est du taux de l'IPAI, et dans un deuxième temps, si le taux d'invalidité fixé sur opposition par l'intimée était justifié, ou si au contraire, comme le soutient le recourant, il aurait dû être porté à un taux supérieur, le cas échéant à 35 % comme il y conclut.

E. 15

S'agissant du taux de l'IPAI: a. 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 à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase) ; 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 (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est

A/734/2018 - 18/28 - calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). b. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Ainsi, à titre d'exemple, selon le barème des atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 OLAA, la perte d'une jambe au niveau du genou correspond à une atteinte à l'intégrité de 40% ; lorsque la jambe est amputée au-dessus du genou, l'atteinte à l'intégrité est de 50% ; la perte d'un bras au niveau du coude ou en dessus est de 50%. c. La division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). 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 autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3). Parmi d'autres, la table 1 concerne l'atteinte résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs. La table 3 concerne l'atteinte résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs. La table 5 concerne l'atteinte résultant d'arthroses. d. En l'espèce, il est admis que des suites de son accident, le recourant se plaint d'un manque de force et de douleurs survenant lors de la sollicitation de son membre supérieur droit et un déficit en supination de 20° avec une flexion-extension symétrique. Le Dr E_____ considère en substance que, selon l'OLAA, la perte d'un bras au niveau du coude ou au-dessus équivaut à un 50% d'atteinte à l'intégrité physique (ndr. table 3). Dans ce cas-là, il n'y a pas de perte complète du coude ni des parties en aval. En revanche, le patient est extrêmement invalidé au quotidien, tant professionnellement que dans les actes de la vie quotidienne, à cause des séquelles de son accident au membre supérieur droit. Il estime donc que l'on pourrait admettre le préjudice à un 20 % d'atteinte à l'intégrité corporelle. Selon les tables de la CNA, un coude mobile entre 0-90-135° équivaut à 10 % d'atteinte à l'intégrité (ndr. table 1). On a par ailleurs une perte partielle de 20° de la supination (perte complète équivalente à 10 %) : soit un 20/80 (valeur moyenne pour la supination), donc 25 % de perte de supination, ce qui équivaudrait à 2,5 % supplémentaires, donc 12,5 %. En pondérant les deux tables, il estime l'atteinte à l'intégrité à environ 20 %. La Dresse F_____ estime, à juste titre, que l'on ne peut, comme le fait son confrère, se référer à la table 3 du barème d'indemnisation des

A/734/2018 - 19/28 - atteintes à l'intégrité selon la LAA, qui concerne la perte d'un membre totale ou partielle. Elle remarque à juste titre que le recourant n'a perdu ni son coude, ni son avant-bras, ni son poignet, ni sa main : il présente une perte de force et un déficit de supination qui ne peuvent être comparées à une perte d'un membre supérieur, même

partielle. Elle rappelle en effet que l'assuré exerce à nouveau sa profession antérieure de maçon, certes avec certaines limitations quant au port de charges. Quant à l'utilisation de la table 1 du même barème d'indemnisation, qui concerne les troubles fonctionnels des membres supérieurs, - à laquelle se réfère le Dr E _____ , elle l'estime peu pertinente : elle observe en effet que l'assuré n'a un coude ni bloqué en extension ni à 30° ni à 90°, tout comme il n'a pas de déficit de flexion ou d'extension ; par contre il présente un déficit de supination de 20°, qui peut être considéré comme minime, et pour lequel elle pourrait retenir tout au plus un 2,5 %. Procédant à sa propre évaluation, elle compare plutôt l'état du coude de l'assuré comme similaire à une arthrose moyenne du coude, dès lors qu'en présence d'une arthrose moyenne, il y a diminution de la force, due aux douleurs avec ou sans diminution des amplitudes articulaires. Or, selon la table 5 du barème d'indemnisation, un taux de 5 à 10 % est retenu en cas d'arthrose moyenne. Elle estime dès lors justifié d'arrêter, dans le cas du recourant, un taux de 7,5 %, taux moyen. Elle estime en conclusion que suite à la pondération des tables 1 et 5, il faut retenir chez le recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 7,5 %. Le recourant soutient le point de vue de son expert privé, en remarquant que la Dresse F _____ évoque comme "lésion principale" du patient une « perte de la force de son coude droit », et il relève à ce sujet que cela n'a aucun sens, dès lors que le coude qui n'est pas un muscle ne produit pas de force. Il reconnaît toutefois que s'il existe effectivement une limitation de la mobilité du coude, la problématique de la perte de force concerne l'ensemble du bras droit, et en particulier un manque de force au niveau du biceps brachial. Contrairement à ce que le recourant suggère, la Dresse F _____ ne fait, au passage incriminé, que situer la partie prépondérante du membre supérieur droit où se pose l'essentiel de la problématique rencontrée chez le recourant. Si l'on s'en tient en effet aux expressions utilisées, on pourrait également objecter au recourant qu'une perte de force n'est pas une « lésion principale ». Il tombe sous le sens que l'on ne saurait réduire l'appréciation du spécialiste de l'intimée à cette seule expression, mais qu'il faut au contraire la situer dans le contexte global de son appréciation médicale, laquelle n'a évidemment pas ignoré, dans ce contexte, l'atteinte du biceps brachial, source évidente de la perte de force dont il est question : reprenant en effet, en page 6 de son rapport, les constatations du Dr E _____ - illustrées par des photographies - elle le cite : « Au membre supérieur droit on note une importante déformation du bras droit (cf images en copie). Les cicatrices nombreuses de l'épaule, bras et avant-bras sont calmes. On note une ascension proximale du biceps brachial, suggestif d'une rupture distale. La flexion du coude est symétrique des deux côtés. La prosupination est partielle à droite avec un déficit actif de 20° en supination. La force mesurée pour le biceps brachial droit est de 6,8 kg contre A/734/2018 - 20/28 - 25,2 kg à gauche. Il existe une hyposensibilité sur la face dorsale des extensions du poignet à droite.... ». Et citant ensuite un extrait de la discussion du cas par le Dr E _____, la Dresse F _____ reprend les termes de son confrère qui indique à ce stade, selon la littérature à laquelle il se réfère : «... Il existe également une perte de force et d'endurance de 30 % au testing de la flexion du coude. » Fort de ce qui précède, les conclusions de la Dresse F _____ sont convaincantes et son évaluation de l'atteinte à l'intégrité physique du recourant traduit de façon beaucoup plus pertinente la réalité et l'ampleur de l'atteinte à indemniser. On relèvera au demeurant qu'en termes de pondération des tables appliquées, les deux médecins ont procédé de la même manière, en conservant chacun au final la valeur supérieure (Dr E _____ : 20 % + 12,5 % = 20 % après pondération ; Dresse F _____ : 7,5 % + 2,5 % = 7,5 % après pondération). C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu dans la décision sur opposition un taux de 7,5 % pour l'IPAI.

E. 16

Le recourant conteste également le degré d'invalidité retenu par l'intimé. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail

A/734/2018 - 21/28 - résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidité sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidité est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale. Lorsque tel n'a pas été le cas et que le détail du calcul du revenu d'invalidité a été communiqué pour la première fois à l'assuré dans la décision sur opposition, il y a lieu de considérer que la violation du droit d'être entendu a été réparée en procédure cantonale lorsque l'assuré a recouru contre cette décision et a pu faire valoir tous ses arguments en

procédure cantonale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014. du 23 mars 2015 consid. 6.3). Il appartient à la juridiction cantonale d'examiner si les DPT produites par la CNA satisfont aux conditions posées par la jurisprudence ou, sinon, soit de renvoyer la cause à celle-ci pour compléter son enquête économique, soit de procéder elle-même à la détermination du revenu d'invalidité sur la base des données statistiques issues de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.2 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_898/2015 du 13 juin 2016).

E. 17

En l'espèce, le recourant conteste en premier lieu l'application des DPT. Il y a lieu d'examiner si c'est à bon droit que l'intimée s'est fondée sur lesdites DPT. A l'appui de sa décision initiale (24 novembre 2016), l'intimée avait retenu cinq postes dans le canton de Genève : les DPT 490425 (chauffeur-livreur), 490466 (boîtier-polisseur dans l'horlogerie), 345013 (employé de parking - agent du stationnement), 12845560 (agent d'expédition) et 10412 (conducteur de véhicules utilitaires). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables

A/734/2018 - 22/28 - en 2016, année de l'ouverture du droit à la rente. La moyenne salariale de ces DPT était de CHF 65'680,60. Se fondant sur l'appréciation du Dr E_____, au sujet de l'adaptation des cinq DPT retenues, l'assuré faisait valoir sur opposition que 2 de ces 5 DPT n'étaient pas exigibles de sa part: en l'occurrence, celui de boîtier-polisseur (le médecin susnommé objectant le type d'atteinte [avant-bras droit] et le travail répétitif) et celui d'agent d'expédition (en raison de la nécessité d'utiliser régulièrement les deux membres supérieurs, notamment en motricité fine et rotation régulière des mains). En revanche, selon le Dr E_____, le travail de chauffeur-livreur, respectivement d'employé de parking et de conducteur de véhicules utilitaires étaient possibles à 100 %. Sur opposition l'intimée, tenant compte des objections de l'assuré, respectivement des remarques du Dr E_____ au sujet des limitations fonctionnelles à retenir, la Dresse F_____ en ayant partiellement tenu compte, pour considérer en définitive que l'assuré pouvait mettre à profit une pleine capacité de travail dans une profession adaptée à son handicap, soit en évitant le port de charges d'un poids supérieur à 7 kg et les mouvements répétitifs de flexion-extension du coude, l'intimée a procédé à une nouvelle recherche de DPT pour retenir cinq postes dans le canton de Genève: les DPT 799 (surveillant de magasin), 3631 (sertisseur en bijouterie), 345013 (employé de parking - agent du stationnement) 662598 (téléphoniste-réceptionniste) 10412 (conducteur de véhicules utilitaires). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2016, année de l'ouverture du droit à la rente. Ce faisant, la CNA a ainsi repris 2 des 5 DPT initiaux, (employé de parking et conducteur de véhicules utilitaires), et retenu trois DPT nouvelles. La moyenne salariale de ces DPT était de CHF 64'846,20. Sur recours, l'assuré objecte que l'intimée a remplacé la DPT 490425 (chauffeur- livreur) qui n'était pas contestée, par une DPT 662598 (téléphoniste-réceptionniste) dont le salaire moyen mensuel est supérieur de près de CHF 2'000.-. Il estime que cette rocade n'était pas justifiée, et que ce poste, dans le domaine des services et de l'administration, exigeant un CFC que le recourant n'a pas, n'est pas adapté à un homme sans formation exerçant la profession de maçon, et étant de langue maternelle étrangère. Au surplus, ce poste exigeait d'effectuer des tâches de motricité fine très souvent, incompatible avec ses limitations fonctionnelles. Il objecte également que l'intimée ait retenu un poste de sertisseur (DPT 3631), tout aussi inadapté que l'ancien poste de boîtier-polisseur, abandonné par la CNA. Il considère au surplus que le poste d'employé de

parking (repris de la sélection initiale), s'il n'apparaît pas d'emblée totalement inadapté, ne peut pas être retenu comme a priori compatible avec une exigibilité complète en temps et en rendement, compte tenu des remarques qu'avait faites le Dr E_____ en raison des activités de motricité fine et de travaux en rotation de la main (quoique limitées). Il considère enfin que le poste de conducteur de véhicules utilitaires - transport de personnes - (repris de la sélection initiale) pose également problème, à l'instar de celui

A/734/2018 - 23/28 - d'employé de parking, exigeant des travaux en rotation de la main très souvent. Il conclut en définitive que sur opposition également, les DPT retenus par l'intimée sont inadéquates, de sorte que l'intimée ne pouvant se fonder sur ce système de comparaison des revenus, devait se baser sur les données statistiques (ESS). L'intimée estime au contraire que les DPT retenues dans le cadre de la décision sur opposition, sont parfaitement adaptées aux limitations fonctionnelles retenues par la Dresse F_____. L'intimée avait ainsi correctement calculé le revenu d'invalidité du recourant sur la base de la moyenne des salaires moyens de ces 5 DPT (CHF 64'846,20), qui, rapporté au revenu sans invalidité (CHF 81'793.-) - non contesté par le recourant - détermine un taux de rente d'invalidité de 21 %. Il n'y a dès lors pas lieu de se référer aux données statistiques (ESS 2014). Il est vrai que l'on peut s'étonner de ce que l'intimée ait abandonné dans la sélection sur opposition le DPT de chauffeur-livreur alors que ce poste n'était pas contesté par le recourant, ni par son médecin sur opposition, se d'autant que le poste de conducteurs de véhicules utilitaires - qui n'était pas non plus remis en cause sur opposition - a été conservé par l'intimée, dans sa nouvelle sélection. Mais cette modification n'a pas la portée que voudrait y voir le recourant: ce dernier suggère en effet que l'intimée aurait abandonné le poste de chauffeur-livreur pour le remplacer par celui de téléphoniste-réceptionniste, dont le salaire moyen serait d'environ CHF 2'000.- supérieur. On observera à cet égard que dans la systématique de sa sélection, l'intimée procède, selon les tableaux récapitulatifs, du poste au salaire moyen le moins élevé, pour aller jusqu'au poste ayant le salaire moyen le plus élevé. Or, dans cette logique, par comparaison des deux tableaux récapitulatifs, le poste de chauffeur-livreur a été remplacé par celui de surveillant de magasin, ce dernier offrant un salaire moyen de quelque CHF 2'600.- inférieur à celui de chauffeur-livreur. Or, si l'on veut rapprocher le DPT de téléphoniste-réceptionniste d'un des postes abandonnés sur opposition, celui qui correspond le plus tant par la position dans les tableaux récapitulatifs respectifs que par le genre d'activité - dans les services -, est celui d'agent d'expédition - que le Dr E_____ avait considéré comme inadapté -, dont le salaire moyen est de CHF 65'780.- soit inférieur de seulement CHF 428.- à celui de téléphoniste-réceptionniste. On ne saurait donc suivre le recourant dans cette voie, qui suggère que l'intimée aurait délibérément remplacé un poste abandonné pour un autre bénéficiant d'un salaire moyen largement supérieur, ceci pour augmenter la moyenne globale des salaires moyens concernant les 5 DPT retenues; d'autant que sur opposition le salaire moyen des DPT prises en compte est inférieur de CHF 833.80 (CHF 64'846,20 versus CHF 65'680.60 dans la décision du 24 novembre 2016), ce qui a conduit l'intimée à retenir un taux d'invalidité de 21 % (versus 20% dans la décision du 24 novembre 2016). Quoi qu'il en soit, la question de la pertinence des DPT, dans le cas d'espèce, pour déterminer le taux d'invalidité peut rester ouverte compte tenu de ce qui va suivre.

A/734/2018 - 24/28 -

Dans un second moyen, le recourant considère que l'intimée aurait dû recourir à la méthode faisant appel aux salaires statistiques de l'ESS. Or, cette méthode ne lui est pas plus favorable: si son calcul du revenu d'invalidé est pertinent, en tant qu'il détermine ce revenu à hauteur de CHF 66'652,48 (p. 7 § 5 du recours), revenu largement supérieur à celui déterminé par l'intimée, on ne saurait en revanche suivre le recourant lorsqu'il prétend procéder à un abattement supplémentaire des 20% retenus par le Dr E_____ pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Celles-ci sont en effet déjà prises en compte dans le salaire d'invalidé ainsi déterminé et ne sauraient être prises en compte une seconde fois dans le cadre de l'abattement supplémentaire appliqué, s'il y a lieu, lorsqu'il est fait appel à la méthode des salaires statistiques; abattement qui est en tout état et au maximum de 25%. Les critères que le recourant propose de retenir (âge – il était âgé de 50 ans en 2016 - ; nationalité - il est arrivé en Suisse en février 1984 et dispose d'un permis C -; et le manque de formation – il est chef d'entreprise, s'occupe personnellement de toute l'administration et pratique encore son activité de terrain, en dirigeant ses ouvriers sur les chantiers et exerce encore, même avec des limitations, son métier de maçon) n'entrent pas en ligne de compte en l'espèce, d'autant que les activités entrant en ligne de compte dans le cadre des salaires statistiques ne requièrent aucune formation particulière. Ainsi, sous cet angle le taux d'invalidité que déterminerait le recours aux salaires statistiques serait même inférieur à celui déterminé par l'intimée dans la décision entreprise.

E. 19

Ceci dit la chambre de céans observe que le recourant ne remet plus en cause le revenu sans invalidité retenu par l'intimée. Dans le cadre de son opposition, il le contestait en arguant que l'intimée ne pouvait procéder à l'évaluation de son revenu sans invalidité en ne prenant en compte que le salaire qu'il tirait de son entreprise, dès lors qu'il est en plus associé gérant de sa société en responsabilité limitée ; suggérant qu'à ce titre il tire des revenus supplémentaires des résultats de l'entreprise. Il n'a toutefois jamais étayé son affirmation par la production de documents ou même articulé de chiffres illustrant son argumentation. D'un autre côté, il a toujours indiqué qu'il refusait d'abandonner son activité dans son entreprise, car il adore son métier de maçon, ce que le Dr E_____ a d'ailleurs souligné dans son rapport. Il a du reste déclaré en comparution personnelle : " Je poursuis actuellement l'exploitation de mon entreprise. En référence à l'entretien d'évaluation de la perte de rendement pouvant être générée par les séquelles de mon accident de juillet 2015, j'avais indiqué que mon entreprise B_____ Sàrl comptait 3 employés. Je précise à cet égard que cela ne prenait pas en compte ma propre activité, portant ainsi à 4 les personnes travaillant dans l'entreprise. Personne d'autre que moi ne s'occupe des tâches administratives. J'établis donc les devis, les factures. J'établis également mes factures pour le travail de l'entreprise. Les salaires et les questions de personnel sont traités par la Caisse de compensation. Pour le surplus, c'est un

A/734/2018 - 25/28 - comptable externe qui s'occupe de faire les bilans et autres déclarations. De fait, j'établis tous les documents à la main, sur la base de modèles dactylographiés que je remplis, et ma fille reporte ensuite le texte en le saisissant sur l'ordinateur. Je ne suis pas familier avec l'utilisation d'un ordinateur, raison pour laquelle ma fille me donne un coup de main. Durant ma journée, comme je l'ai fait déjà avant l'accident, je suis en pratique toute la journée sur les chantiers avec mes employés. Je précise que jusqu'à juillet 2018, nous avons également un apprenti qui a terminé son apprentissage. Je ne l'ai pas gardé à mon service. Je précise que depuis l'accident, j'ai plus

de peine à tenir toute la journée le rythme de travail. En fait, dans mon activité de chantier, je suis capable de participer à la pose du crépi pendant 3 - 4 heures. Mais lorsque j'en arrive à 01h00 - 01h30, je commence à voir mon bras gonfler et se durcir, de sorte que je commence à avoir de la peine à utiliser même ma main, de façon normale. En fait, dans le processus de pose du crépi, mes collaborateurs s'occupent dans une première phase de poser la matière sur le mur (je peux difficilement manier la truelle), et je passe dans une deuxième phase pour frotter et lisser le produit sur le mur concerné. J'avais d'autre part indiqué à l'époque que je suis également capable de nettoyer et ranger un chantier, soit notamment de balayer. Pour prendre un exemple, avant les vacances de cet été, mes ouvriers sont partis un jour avant moi et je me suis occupé seul de nettoyer le chantier, ce qui représentait environ 150 m². Au bout de quelques heures, je ressentais de la fatigue dans mon bras droit et même en changeant de bras, j'avais de la peine à poursuivre. En résumé, dans l'activité que je déploie, la plupart des mouvements répétitifs que j'accomplis deviennent pénibles avec le temps, car, comme je l'ai expliqué ci-dessus, le bras durcit et j'éprouve de la gêne dans mes mouvements. Pour répondre à une question de mon avocat, par rapport à d'éventuelles autres activités, comme par exemple l'activité de visser avec un tournevis, cela m'est impossible car au bout de 3 tours, comme je dois à la fois tourner et pousser, mon biceps s'en ressent et remonte le long du bras, comme cela est décrit dans la procédure. Sur demande de précision de mon conseil, si l'on devait envisager une autre activité que celle que je déploie aujourd'hui, comme celle de chauffeur par exemple, si en effet je suis capable de conduire, cette activité ne pourrait pas être envisagée à journée faite. En effet, au bout de quelques heures, le fait d'avoir en permanence les bras pliés sur le volant provoquent également les tensions que j'évoquais tout à l'heure. En fait, au bout d'une demi-heure, je ressens déjà le besoin de reposer mon bras contre mon corps. Tout ceci pour préciser encore que depuis l'accident, je concentre mes activités dans mon entreprise sur tout ce qui est plus léger que le travail sur les chantiers proprement dits, et notamment de conduire. Pour ce qui est d'autres activités, lorsque par exemple je fais un footing d'une heure, j'en ressors avec les bras beaucoup plus fatigués que les jambes. Cet été par exemple, j'ai fait de la randonnée en montagne: après 5 heures aller et 5 heures retour, j'étais fatigué. Et pourtant, je ne portais aucun poids..... (sur question) je pense que suite à l'accident mon entreprise a dû perdre de l'argent, mais c'est difficile à dire : en y pensant plus précisément, je pense que

A/734/2018 - 26/28 - j'ai tendance à ne pas prendre les travaux trop importants, pour lesquels je me rendrais compte que je ne serais pas capable de les réaliser. Lorsqu'on utilise la pelle mécanique, c'est moi qui la manie en principe, parce qu'on utilise le joystick, et c'est en principe plus léger mais encore qu'au bout d'un certain temps on retourne dans l'activité répétitive." Toutes ces explications montrent que le recourant trouve largement son compte à poursuivre son activité de chef d'entreprise et de maçon, même s'il dit éprouver des difficultés à utiliser normalement son bras et sa main droite, après quelques heures de travail. Il confirme d'ailleurs qu'il passe le plus clair de sa journée sur les chantiers avec ses collaborateurs, qu'en cas d'utilisation de la pelle mécanique, c'est lui qui la manie en principe, parce qu'on utilise le joystick, qu'il est capable d'accomplir seul le nettoyage des chantiers. En outre il s'occupe seul de l'administration de l'entreprise, les modalités de cette activité étant très certainement les mêmes qu'avant l'accident. Du reste, au vu des activités qu'il décrit être capable de faire et exécuter à journée faite, y compris hors du travail, - en pouvant faire des randonnées en montagne pendant dix heures d'affilée, respectivement deux fois cinq heures, sans remettre en cause le principe des séquelles dues

à l'accident, le recourant ne convainc pas quant à l'intensité des limitations fonctionnelles dont il dit être affecté. Ceci est valable également pour les difficultés qu'il aurait, selon lui, s'il exerçait une activité adaptée, dans un autre secteur professionnel, comme le transport de personnes par exemple, d'autant que même l'expert privé qu'il a sollicité considère, pour ne prendre que cet exemple, qu'il serait à même de l'exercer à 100 %. Ses déclarations apparaissent ainsi relativiser très sérieusement la pertinence des objections qu'il élevait par rapport aux DPT retenues par l'intimée. Pour le reste, il ne saurait se voir reconnaître un taux d'invalidité supérieur à celui qu'admet l'intimée, en se fondant sur une baisse de rendement dans son activité habituelle, en tant que chef d'entreprise de maçonnerie, alors que l'assurance-accidents est en droit d'exiger de lui – en raison de son obligation de limiter le dommage – qu'il change d'activité dès lors qu'une totale capacité d'exercer une activité adaptée lui est reconnue, que ce soit dans l'un des postes retenus par l'intimée dans la sélection des DPT qu'elle a inventoriées, ou encore dans les activités simples ne requérant ni connaissances ni formation spécifique, relevant des salaires statistiques qu'il invoque (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4 not. 4.2 et 4.3 ; 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.1). Le recourant a ainsi fait un choix dont les conséquences ne doivent pas être assumées par l'assurance-accidents. Pour ce motif également, le recours doit être rejeté.

E. 20

Enfin le recourant estime avoir droit au remboursement des frais d'expertise privée de CHF 2'000.-, à inclure dans l'indemnité de procédure qu'il prétend se voir allouer. En substance, le recourant considère que l'expertise privée du Dr E_____ – dont il reprend pour l'essentiel les conclusions – doit être préférée à l'appréciation de la Dresse F_____.

A/734/2018 - 27/28 - Les jurisprudences sur lesquelles il se fonde (ATF 115 V 62 consid. 5 ainsi que 8C_397/2014 du 27 avril 2015 consid. 7) ne lui sont d'aucun secours. Dans le premier cas, le Tribunal fédéral des assurances avait fondé sa décision (sur le fond) sur l'avis complémentaire privé du médecin spécialiste Dr. I. du 8 mars 1988, qui contenait des informations médicales considérables et pertinentes et dans lequel la capacité de travail du plaignant était évaluée de la même manière que dans un rapport précédent; la juridiction inférieure ayant considéré à tort que ce rapport obtenu lors de la procédure administrative était sans intérêt, il était nécessaire d'obtenir un avis complémentaire de ce médecin concernant la protection des intérêts du plaignant. Les frais de l'avis complémentaire privé du 8 mars 1988 étaient donc des frais nécessaires au sens de l'article 159 al. 2, OJ. Dans le second cas, le Tribunal fédéral rappelait que, selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 135 V 473; 115 V 62). En l'occurrence, la production de l'expertise privée s'était révélée utile à la solution du litige puisqu'elle avait conduit à la mise en œuvre, par les juges cantonaux, de l'expertise judiciaire. Il se justifiait par conséquent d'admettre la conclusion du recourant tendant à la prise en charge de la note honoraires facturée par l'expert privé. En l'espèce, la situation est très différente : non seulement, vu l'issue du litige, il ne sera pas alloué d'indemnité au recourant, mais de plus, cette question ne fait pas partie de l'objet du litige, la décision entreprise ne traitant pas de cette question qui n'a pas fait l'objet de conclusions dans ce sens au stade de l'opposition. Le recourant a sollicité, à l'époque, l'avis du Dr E_____ pour étayer son argumentation, dans le cadre de l'opposition; cet avis, au même titre qu'aurait pu l'être celui d'un médecin traitant habituel de l'assuré, a certes été soumis par la CNA à son

service médical, lequel a partiellement admis l'appréciation de ce médecin; ce qui a conduit la CNA à rendre la décision sur opposition, objet du recours. Or, et contrairement aux deux situations visées dans les jurisprudences susmentionnées, l'avis de l'expert privé sollicité au stade de la procédure administrative, n'était pas nécessaire à la solution du litige au stade du recours. Quand bien même la CNA en a tenu compte dans le cadre de l'examen de l'opposition, pour admettre partiellement cette dernière, on ne saurait lui faire grief d'une instruction insuffisante préalablement à la décision qu'elle a rendu le 24 novembre 2016, laquelle était alors fondée sur l'avis préalable de son médecin d'arrondissement, dont le pronostic ne s'était pas vérifié, comme cela ressort de l'appréciation médicale de la Dresse F_____; ce qui avait conduit cette dernière à prendre partiellement en compte l'avis du Dr E_____, et à admettre partiellement l'opposition. Il ne sera donc pas fait droit à cette conclusion du recourant.

E. 21

En tout point mal fondé, le recours sera rejeté, sans indemnité. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/734/2018 - 28/28 - 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.