

GE_GERICHTE ATAS/146/2019 vom 25. Februar 2019

GE Cour de justice, 2019-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_146_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/146/2019 du 25 février 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/146/2019 del 25 febbraio 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

A 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 du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

A/582/2017 - 26/42 -

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents, singulièrement du droit à une rente, en relation avec la détermination du taux d'invalidité, question liée à celle de savoir si les troubles psychiques dont le recourant se plaint entrent dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 12 octobre 2012, et enfin sur le taux retenu pour la fixation d'une IPAI.

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 LPGa). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

A/582/2017 - 27/42 - c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). 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; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V

369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

E. 7

mai 2001 Faits A et E. 2a) ; sectionnement du tendon fléchisseur du pouce gauche et du faisceau nerveux vasculaire radial par des fragments de verre d'une bouteille de lait (arrêt U 386/06 du 12 janvier 2007 Faits consid.3.2); lésions nerveuses et tendineuses à la main gauche subies par une fraiseuse (arrêt U 325/04 du 1er avril 2005 Faits A.a et consid. 3.2.1) etc.. S'agissant d'autres types d'accidents, notamment d'accidents de circulation routière, (p. ex. cas de cycliste renversé par un autre usager (véhicule automobile ou

A/582/2017 - 30/42 - cyclomoteur) : les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne ont en commun le fait que la collision s'est produite alors que le véhicule impliqué circulait à une vitesse plutôt modérée (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral 8C_62/2013 du 11 septembre 2013 consid. 7.3, 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 et 8C_530/2007 du 10 juin 2008). En revanche, l'accident subi par une assurée, fauchée sur un passage piétons par une voiture qui n'a pratiquement pas freiné et projetée en l'air à près de 15 mètres, a été rangé à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.3).

E. 8

Le Tribunal fédéral a rappelé que le caractère particulièrement impressionnant ou dramatique avait été nié dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2, m.d'un immeuble en démolition et lui a percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'a projeté en avant et il s'est trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre. Il l'a encore nié dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille. Il l'avait en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'était trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui avait subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 603/2006 du 7 mars 2007 et les références). A été qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des cas graves, le cas d'un assuré qui s'est fait agresser à 4 heures du matin par trois inconnus devant son domicile. Après l'avoir projeté à terre et roué de coups, les agresseurs s'étaient enfuis à la suite de l'intervention des voisins. L'assuré avait souffert de plusieurs contusions et d'une fracture à la mâchoire qui avait nécessité une intervention chirurgicale. Le Tribunal fédéral a retenu que le caractère impressionnant de l'agression était donné, compte tenu notamment de la brutalité et de l'imprévisibilité de l'attaque ainsi que la disproportion des forces en présence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 36/07 du 8 mai 2007).

E. 9

a. 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). b. 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 LPGA), 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

A/582/2017 - 31/42 - 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). b.aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b.ab. 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, le Tribunal fédéral a précisé que 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 LPGA ou une

A/582/2017 - 32/42 - expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2.). b.ac. 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). b.ad. 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. 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). 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 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. 10

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

A/582/2017 - 33/42 - 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. 11

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 12

En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des troubles psychiques dans les éléments de l'état de santé engageant sa responsabilité. Selon lui, l'accident litigieux devrait être classé à la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, considérant au surplus que le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'accident devrait être retenu, en plus des douleurs persistantes admises par l'intimée, y rajoutant le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, et celui du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, relevant que celles-ci lui ont définitivement empêché d'exercer la profession de coiffeur qu'il avait pour objectif d'exercer dans le cadre d'un salon de coiffure avec son épouse. L'intimée considère pour sa part que l'accident devait être classifié dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite inférieure, au vu des forces générées lors de l'accident, sinon être qualifié d'accident insignifiant, respectivement de peu de gravité. Au vu des principes rappelés ci-dessus et des exemples tirés de la jurisprudence, force est en effet de constater, contrairement à ce que soutient le recourant, que l'accident en cause peut tout au plus, comme retenu dans la décision entreprise, être considéré comme un accident de degré moyen, à la limite inférieure, soit proche

A/582/2017 - 34/42 - d'un accident de peu de gravité. Certes, le recourant s'est coupé la main gauche, en voulant retenir la vitre d'un certain poids, qu'il transportait avec un collègue, mais les forces en présence n'étaient pas d'une intensité telle que l'on puisse considérer être en présence d'un accident de gravité moyenne. Dès lors qu'à teneur de la jurisprudence, le cumul des 3 critères pour des accidents de gravité moyenne stricto sensu (8C_434/2013 consid. 7.1 et ref. citées) ou de 4 pour les accidents de gravité moyenne à la limite inférieure (8C_259/2016 du 23 janvier 2017 considérant 6. 2), à moins qu'un de ces critères soit à lui seul d'une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité entre les troubles psychiques dont se plaint le recourant, et l'accident du 12 octobre 2012 soit admis. (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). En l'espèce, la question de savoir si l'on se trouve dans le cadre d'un accident de gravité moyenne stricto sensu ou à la limite d'un cas de peu de gravité peut rester ouverte. En effet, comme on va le voir, seuls deux critères parmi les sept à considérer peuvent être pris en compte, soit les critères du degré et de la durée de l'incapacité de travail, d'une part, et de la persistance des douleurs physiques, d'autre part; ceux-ci ne revêtent toutefois pas une intensité suffisante pour fonder à eux seuls la responsabilité de l'intimée quant aux troubles psychiques survenus après l'accident. Ainsi, le

lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques n'étant pas réalisé, selon la jurisprudence, le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques pourrait lui-même rester ouvert, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir, notamment pas dans le cadre de compléments d'instruction que le recourant voudrait voir mis sur pied, notamment sous forme d'expertises. S'agissant des critères supplémentaires que le recourant prétend voir appliquer à sa situation: - au vu de ce qui a été rappelé précédemment, le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ne saurait être retenu en l'espèce. Les circonstances de l'accident sont plutôt banales, la description qu'en a fait le recourant en comparution personnelle apparaît vraisemblable, au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances sociales; il précise même que sur le moment, il n'avait même pas remarqué s'être coupé, jusqu'à ce que son patron lui fasse observer qu'il saignait. - le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, ne saurait être pris en compte non plus : selon la jurisprudence, pour l'examen de ce critère, il faut uniquement considérer le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts 8C_755/2012 du 23 septembre

A/582/2017 - 35/42 - 2013 consid. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère [arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239] (ATAS/1005/2016 consid. 12c). En l'occurrence, sous réserve de deux opérations subies par le recourant, il y a lieu de retenir que le traitement a essentiellement consisté en des séances d'ergothérapie respectivement de physiothérapie et en la prise d'antalgiques; - le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, ne saurait davantage être retenu. D'un point de vue objectif le recourant s'est coupé à la main gauche, non dominante. Au vu des blessures médicalement constatées et diagnostiquées, - soit pour l'essentiel une entaille à la main gauche ayant entraîné une section du nerf radial en D2, zone 3, à l'exclusion des atteintes psychiques – faut-il le rappeler, ne sont pas de nature particulière, propres à conduire à l'admission de ce critère; le fait que le recourant indique que ces blessures lui fermeront à vie l'accès à la profession de coiffeur, qu'il comptait exercer avec son épouse dans le cadre d'un salon qu'ils avaient l'intention d'ouvrir, ne doit pas être pris en considération dans ce contexte, indépendamment du fait qu'il ne démontre pas en quoi toute activité de sa part dans une telle entreprise, au besoin autre que celle de coiffeur proprement dit lui serait interdite en raison des limitations fonctionnelles admises. - enfin, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni de difficultés particulières et de complications importantes apparues au cours de la guérison, étant rappelé que les troubles psychiques et les conséquences induites par ceux-ci ont été écartés, les aspects subjectifs tels que l'auto-limitation ne pouvant être pris en compte; Il résulte donc de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimée n'a pas admis la prise en compte des troubles psychiques du recourant, dans la détermination du taux d'invalidité, au regard d'autres prestations relevant de l'assurance-accidents.

E. 13

Le recourant conteste ensuite la manière par l'intimée à déterminer le degré d'invalidité, aboutissant à un taux de 7.54 %, excluant l'octroi d'une rente d'invalidité, ce taux est inférieur au taux minimum de 10 % pour prétendre à une telle prestation. Selon lui, les DPT ne sauraient trouver application. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu 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

A/582/2017 - 36/42 - 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). b/aa. 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). b/bb. Le revenu d'invalide 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 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'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide 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'invalide 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'invalide 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'invalide a été communiqué pour la première fois à l'assuré dans

A/582/2017 - 37/42 - 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 SUVA 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'invalidé 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. 14

Il y a lieu d'examiner si c'est à bon droit que l'intimée s'est fondée sur lesdites DPT. L'intimée a retenu cinq postes dans les cantons de Genève et Vaud : les DPT 489987 (coursier), 12845863 (cariste), 348700 (magasinier), 597315 (collaborateur de production - ouvrier) et 345013 (employé parking agent du stationnement). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2016, année de l'ouverture du droit à la rente. Dans le cadre du recours, la CNA affirme verser une DTP supplémentaire, pour le cas où la chambre de céans viendrait à nier la pertinence de l'une ou l'autre des 5 DPT retenues jusqu'ici: en réalité elle vise la DPT 345013, déjà prise en compte au stade de l'opposition parmi les 5 DPT énumérées ci-dessus. Il faut relever que les objections avancées par le recourant qui, en définitive, considère qu'aucune des DPT retenues par l'intimée ne serait adaptée à ses limitations fonctionnelles, procède plus d'une opposition de principe, voire de prétexte, plutôt que d'une analyse objective des postes décrits dans la documentation fournie. Ainsi: - poste de coursier : s'il est vrai - à considérer les coches retenues sous « divers » des exigences physiques - que l'usage des deux mains semble nécessaire, il convient tout de même de garder l'esprit les caractéristiques générales de ce que peut représenter l'activité de coursier, concrétisée par la description spécifique du poste de travail, en l'occurrence: distribution du courrier dans le bâtiment, livraison de bouteilles aux collaborateurs, disponible et sympathique. Force est ainsi d'admettre que l'usage régulier des deux mains paraît d'une part devoir être relativisé; d'autre part, il faut garder à l'esprit que lorsque le médecin d'arrondissement a examiné attentivement la question des limitations fonctionnelles à retenir, et en a rajouté quelques-unes par rapport à celles retenues par les médecins de la CRR, il a notamment évoqué les activités demandant un maniement des deux mains. Or, le Dr F_____ n'a pas exclu l'usage des 2 mains : il indique qu'il vaudrait mieux l'éviter, mais il précise le champ d'activité à deux mains auquel il songe: maniement des perceuses,

A/582/2017 - 38/42 - visseuses,... Tel n'est manifestement pas le contexte d'une activité de coursier, et qui plus est telle que décrite dans le cas particulier. Dans le même ordre d'idées, et s'agissant de ce que le recourant retient comme la « nécessité de tenir en équilibre », on relèvera que la description de cette caractéristique, toujours sous "divers" des exigences physiques ne retient celle-ci que comme «partiellement nécessaire ». Là encore il s'agit de relativiser cette caractéristique: le Dr F_____ retient dans les limitations fonctionnelles les «activités qui nécessitent de se tenir en équilibre, et il précise ce qu'il entend par là: sur des échelles ou des échafaudages. On est très loin de l'activité habituelle de coursier. Il convient encore d'avoir à l'esprit, - et ceci est valable pour les objections du recourant pour les autres DPT retenus également -, que ces objections se fondent pour l'essentiel sur

l'auto-limitation du recourant; - cariste: les remarques qui précèdent par rapport à l'usage des deux mains, dans cette activité, valent pour celle-ci également; l'activité décrite implique la capacité de conduire un petit véhicule (on songe à un transporteur de palettes par exemple) dès lors que l'activité décrite consiste à transporter des charges du pont du camion et les entreposer dans le local de stockage, l'activité excluant que la personne soulève et porte elle-même des charges, même très légères. En pratique donc, il n'est pas question d'usage régulier des deux mains, fût-ce pour conduire un transpalette; - magasinier : la description de l'activité pour ce poste correspond pratiquement à celle de cariste, qui précède : les remarques qui précèdent sont transposables à ce DPT; - les mêmes remarques valent pour les 2 derniers postes, tant en ce qui concerne l'équilibre qu'en ce qui concerne l'usage des deux mains, étant du reste précisé que, s'agissant du poste d'ouvrier décrit, l'usage des deux mains n'est que partiellement nécessaire, sans manipulation fine ; et pour l'agent du service de stationnement, l'usage des deux mains n'est pas nécessaire, l'équilibre ne serait, selon cette description, que « partiellement nécessaire », vraisemblablement pour tenir sur ses jambes, mais pas pour monter à une échelle ou se tenir sur un échaffaudage. Il ressort de ce qui précède que les DPT ont été recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, de sorte qu'il n'y a aucune raison de s'en écarter. Ainsi, la décision entreprise, en tant qu'elle fixe le taux d'invalidité sur la base des 5 DPT retenues n'est pas critiquable. La comparaison des revenus opérée de cette manière, dans le respect des principes dégagés par la jurisprudence, aboutit à un taux inférieur à 10 %, ne donnant pas droit à une rente d'invalidité.

E. 15

Ceci dit, la décision entreprise a également observé, par surabondance de droit, que le revenu d'invalidé pouvait également être fixé en se référant aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), rappelant d'ailleurs que selon la jurisprudence il n'existe pas de priorité entre l'une de ses

A/582/2017 - 39/42 - méthodes et l'autre (notamment ATF 129 V 472, consid. 4.2.1). Elle a ainsi montré que même si l'on avait recours à cette méthode, elle ne serait d'aucun secours au recourant. L'intimée a rappelé les principes régissant la manière d'évaluer le salaire avec invalidité, sur cette base, et rappelé que selon la jurisprudence, une déduction au maximum de 25 % sur le salaire statistique pouvait être appliquée, mais ne devait pas être automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne pourrait pas mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail qu'à des conditions économiquement inférieures à la moyenne. Il appartient bien plutôt à l'administration, ou au juge en cas de recours, de procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, compte tenu de l'ensemble des circonstances (ATF 126 V 75, consid. 5b ; 129 V 322, consid. 5. 2). Le recourant a d'ailleurs correctement visé les mêmes principes, mais en en tirant des conséquences différentes, s'écartant des sources auxquelles il se réfère, en considérant qu'une déduction globale de 25 %, soit maximale en l'espèce, se justifierait à ses yeux: il se réclame à cet égard des considérations émises par le Dr S_____, qui ont d'une part été à juste titre écartées en l'espèce, dès lors qu'elles se fondaient en particulier sur l'auto-limitation que s'impose le recourant, en excluant l'usage de son membre supérieur gauche et en particulier sa main gauche, mais en revendiquant, pour fixer le degré d'invalidité, la prise en compte de ses troubles psychiques qui, comme on l'a vu, ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident litigieux. Le recourant a encore moins démontré en quoi l'intimée n'aurait pas fait un usage correct de

son pouvoir d'appréciation en fixant la réduction à hauteur de 10 % dans le cas d'espèce. Il résulte donc de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimée a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, les conditions n'en étant pas données, le taux d'invalidité étant inférieur à 10 %.

E. 16

Enfin, le recourant conteste le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qui lui a été octroyée par la CNA. 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 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 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]).

A/582/2017 - 40/42 - 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). 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). En l'espèce, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en vue de la fixation de son taux résulte en particulier de l'appréciation médicale à laquelle le Dr F _____ a procédé, notamment le 3 mai 2016. Il y a tout d'abord lieu d'observer que, comme déjà dit précédemment, ce qui est également valable pour l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, le rapport du médecin d'arrondissement doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Après avoir constaté, dans son appréciation générale du même jour, venant compléter la précédente, après le séjour de l'assuré à la CRR, que la situation médicale de l'assuré pouvait être considérée comme définitivement stabiliser, observant en particulier qu'il n'y avait notamment pas lieu d'attendre une amélioration notable avec un traitement chirurgical ultérieur, le Dr F _____ a retenu que, sur le plan fonctionnel, qui était celle de toutes les activités nécessitant une préhension fine avec la main gauche, main non dominante. Il ressort de son appréciation médicale spécifique (estimation de l'atteinte à l'intégrité), que ce médecin retient une plaie de la paume de la main gauche avec section du nerf collatéral radial de D2 gauche, le 12 octobre 2012. Il constate que, réopéré en raison d'un névrome persistance d'une allodynie, sur le plan fonctionnel, l'assurée souffrant de douleurs constatées persistantes avec une situation médicale stabilisée. Il avait alors évalué l'atteinte à l'intégrité à hauteur de 6 %. Cette estimation est basée sur la table 3 des barèmes d'indemnisation publiée par les médecins de la CNA. Il retient par analogie le dessin

numéro 7 de cette table (3). Il indique encore qu'aucune modification ultérieure de cette appréciation n'était à envisager. L'assuré lui oppose l'appréciation du Dr S_____, lequel considère, au que le patient ne peut plus utiliser sa main, et qu'ainsi, son handicap devrait être considéré comme une amputation de ladite main, laquelle, (selon le dessin numéro 43 de la même table), devrait conduire à la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité de 40 %. Dans ses constatations objectives, selon son rapport du 7 septembre 2016, le Dr S_____ décrit la même situation que celle retenue par les médecins de la CRR ainsi que le médecin d'arrondissement. Ses conclusions divergent cependant, dans la mesure où il tient compte de l'autolimitation du patient dans l'utilisation de

A/582/2017 - 41/42 - sa main gauche, sur fond de troubles psychiques, lesquels ont précisément été exclus de l'appréciation des conséquences de l'accident, faute de lien de causalité adéquate avec ce dernier. Il considère ainsi que la non utilisation de la main équivaldrait à une amputation, ce qui en l'espèce n'est pas soutenable. On remarquera également dans ce contexte que le rapport d'examen clinique et électroneuromyographique du Dr V_____, au demeurant postérieur à la décision entreprise, n'est d'aucun secours au recourant. L'intimée a en effet soumis ce rapport au docteur W_____, spécialiste FMH en neurologie, membre du centre de compétences de la CNA à Lucerne. Dans un avis motivé et convaincant, ce spécialiste a indiqué pour quelles raisons l'examen clinique et électroneuromyographique pratiqué par le Dr V_____ n'était pas susceptible de remettre en question les conclusions précédentes du service médical de l'intimée. Il a notamment observé que les constatations du Dr V_____ étaient superposables à celles du spécialiste de la CRR qui avaient examiné le patient le 21 décembre 2015, de sorte que les éléments mis en évidence par le spécialiste consulté après le dépôt du recours étaient déjà connus, et avaient déjà été pris en compte dans l'appréciation médicale de la CNA avant la décision entreprise. C'est donc à juste titre que la CNA a confirmé, dans la décision entreprise, le taux d'atteinte à l'intégrité corporelle de 6 %, considérant pour le surplus qu'il était inutile de procéder à de plus amples investigations, notamment sous forme d'expertise, considération qui, au vu de ce qui précède, est également valable dans le contexte du présent recours, et des conclusions prises dans ce sens par le recourant.

E. 17

En tous points mal fondé, le recours est rejeté.

E. 18

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/582/2017 - 42/42 - 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.